Aus der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie
(Leiter Prof. Dr. H.H. Studt) des Universitätsklinikums
Steglitz der Freien Universität Berlin
und der Medizinischen Universitätsklinik Freiburg im Breisgau
(Direktoren: Prof. Dr. med. G.W. Löhr, Prof. Dr. med. W. Gerok)
und dem Niedersächsischen Landeskrankenhaus Tiefenbrunn
(Direktor: Prof. Dr. med. F. Heigl):

Psychogene Eßstörungen — Anorexia nervosa und Adipositas — Vergleich der Psychogenese von zwei psychosomatischen Erkrankungen

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von: Herbert Menzel
aus: Pfarrkirchen

1985

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549615_0026

Druck: Copy-Center in Dahlem
Ladenbergstraße 2-4
1000 Berlin 33
Tel. 831 40 25

Aus der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie
(Leiter Prof. Dr. H. H. Studt) des Universitätsklinikums
Steglitz der Freien Universität Berlin
und der Medizinischen Universitätsklinik Freiburg im
Breisgau
(Direktoren: Prof. Dr. med. G. W. Löhr, Prof. Dr. med. W. Gerok)
und dem Niedersächsischen Landeskrankenhaus Tiefenbrunn
(Direktor: Prof. Dr. med. F. Heigl):

Psychogene Eßstörungen
- Anorexia nervosa und Adipositas -
Vergleich der Psychogenese von zwei psychosomatischen Erkrankungen

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von : Herbert Menzel
aus: Pfarrkirchen

Referent: Prof. Dr. med. H. H. Studt
Koreferent: Prof. Dr. med. H. U. Ziolko

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche der Freien Universität Berlin

Promoviert am : 1. 10. 1985

Mein besonderer Dank gilt
Herrn Prof. Dr. med. H. H. Studt
für die Überlassung des Themas und
für die wohlwollende Unterstützung
und für wertvolle Anregungen bei der
Durchführung der vorliegenden Arbeit.

INHALTSVERZEICHNIS

		Seite
1.	Einleitung	7
2.	Theoretische Grundlagen	8
2. 1.	Der psychoanalytische Begriff der Oralität	9
2. 2.	Theoretische Überlegungen zu Hunger und Sättigung	17
2. 2. 1.	Bemerkungen zum psychosomatischen Modell	17
2. 2. 2.	Physiologie und Psychologie des Eßverhaltens	18
3.	Klinische Manifestationen von Eßstörungen	20
3. 1.	Anorexia nervosa	20
3. 2.	Adipositas	24
3. 3.	Hyperorexia nervosa	28
4.	Literaturübersicht	29
4. 1.	Vergleichende Betrachtungen	29
4. 2.	Psychogenetische Faktoren bei Adipositas	31
4. 3.	Psychogenetische Faktoren bei Anorexia nervosa	34
4. 4.	Familiendynamische Forschungen	40
5.	Fragestellung	45
6.	Eigene Untersuchungen	47
6. 1.	Stichproben, Material und Methodik	47
7.	Allgemeine soziale Situation	49
7. 1.	Alter	49
7. 2.	Geschlecht	49
7. 3.	Geburtsjahrgang	49
7. 4.	Familienstand	50
7. 5.	Kinderzahl	51
7. 6.	Wohnform	51
7. 7.	Schulbildung, Berufsausbildung und Berufliche Stellung	51
7. 8.	Soziale Herkunft der Primärfamilie	54
8.	Psychogenetische Faktoren	54
8. 1.	Soziale Situation bei der Geburt	55
8. 2.	Störungen bei Schwangerschaft und Geburt - Geburtsstatus	56
8. 3.	Einstellung zur Geburt des Kindes	57

		Seite
8. 4.	Alter der Eltern bei der Geburt	58
8. 4. 1.	Mütter	58
8. 4. 2.	Väter	59
8. 5.	Stillen, frühkindliche Entwicklung	59
8. 6.	Verfügbarkeit der Mutter, andere Beziehungspersonen	61
8. 7.	Erkrankungen der Eltern	62
8. 7. 1.	Mütter	62
8. 7. 2.	Väter	63
8. 8.	Todesfälle in der Familie	63
8. 9.	Scheidung oder Trennung der Eltern	64
8.10.	Stellung in der Geschwisterreihe, Anzahl der Geschwister und Altersabstand	64
9.	Beziehungen und Klima in der Familie	66
9. 1.	Charakteristik der Mutter	66
9. 2.	Charakteristik des Vaters	67
9. 3.	Mutter-Kind-Beziehung	68
9. 4.	Vater-Kind-Beziehung	69
9. 5.	Verhältnis zu Geschwistern	71
9. 6.	Erziehungsprinzipien	72
9. 7.	Familienatmosphäre	73
10.	Kindheitsentwicklung	74
10. 1.	Erste Kindheitserinnerung	74
10. 2.	Charakteristik als Kind	76
10. 3.	Einschulung	77
10. 4.	Sexuelle Aufklärung	77
10. 5.	Erstes erotisch-sexuelles Interesse	78
10. 6.	Menarche	79
10. 7.	Alter bei erstem Geschlechtsverkehr	79
11.	Interpretation	81
12.	Kasuistik	91
12. 1.	Anorexia nervosa	91
12. 2.	Adipositas	94
13.	Abschließende Besprechung	98
14.	Ausblick	105
15.	Literaturverzeichnis	107
16.	Fragebogen	118

1. EINLEITUNG

"Nie mehr hat es der Mensch so leicht, Nahrung zu erhalten, wie im menschlichen Mutterleib" (BATTEGAY, 1983, S. 9). Im Uterus ist zudem die zur Anregung physiologischer Funktionen notwendige Wärme vorhanden, die auch das Wohlbefinden des Lebewesens garantiert. Auch nach der Geburt ist das menschliche Wesen noch völlig auf die Zuwendung der Mutter angewiesen. Im Vergleich zu seinen Fähigkeiten wird der Mensch eigentlich zu früh geboren, seine Kindheit dauert im Vergleich zu den Primaten ungewöhnlich lange, er ist "ein Nestflüchter, wird aber als Nesthocker geboren" (VÖLKEL, 1977). Diese Tatsache der "physiologischen Frühgeburt" (PORTMANN, 1951), gehört zur Natur des Menschen. In diesem auf die Geburt folgenden "extrauterinen Frühjahr" (PORTMANN, 1951) steht dem Menschen aber zur Versorgung keine geschlossene Kette von Instinkthandlungen zur Verfügung, woraus MITSCHERLICH (1969) folgert, daß die Erfahrungen in diesem "Frühjahr" von eminenter Bedeutung für die spätere Entwicklung des Menschen sind. Das Neugeborene bedarf nach der Geburt eines "sozialen Uterus" (BATTEGAY, 1983), der es nährt, schützt, Wärme und Geborgenheit bietet. Mutter und Kind bilden "eine Masse zu zweien" (FREUD) oder "Dyade" (SPITZ, 1954/1973) *). Es handelt sich offenbar um eine "besondere Art von Beziehung, durch affektive Bande zusammengehalten" (SPITZ, 1954/1973, S. 41). Vom ersten Lebenstag an spielen also Umwelteinflüsse eine große, wenn nicht gar überragende Bedeutung für die psychische Entwicklung. Eine besondere Rolle kommt dabei der Nahrungsaufnahme zu. In der Psychoanalyse wurde diese Zeit deshalb auch als "orale Phase" (FREUD, ABRAHAM) bezeichnet, wobei jedoch auch der "Hunger"

*) Die jeweils erste Jahreszahl bezieht sich auf das Erscheinungsjahr der Originalausgabe, die zweite Jahreszahl auf die im Literaturverzeichnis aufgeführte Quelle.

nach taktiler Nähe, warmer Umsorgung und Reizvermittlung ebenso gestillt werden muß (BATTEGAY, 1983).

Störungen in dieser frühen Entwicklungsphase können im späteren Leben zu vielfältigen Beeinträchtigungen des Lebensgefühls, der Stimmung und auch zu psychosomatischen Erkrankungen führen.

Die vorliegende Arbeit befaßt sich mit zwei dieser psychosomatischen Erkrankungen, der psychogenen Magersucht (Anorexia nervosa) und der psychogenen Fettsucht (Adipositas).

2. THEORETISCHE GRUNDLAGEN

Wegen der besonderen Bedeutung der ersten Lebensphase bei der Grundlegung der hier zu untersuchenden Erkrankungen sollen die psychoanalytischen Überlegungen zu dieser frühen Lebensphase skizziert und die Entwicklung und Differenzierung in der Theoriebildung, die durch Verhaltensbeobachtungen in dieser Entwicklungsphase ergänzt wurde, aufgezeigt werden.

Ein Problem in der psychoanalytischen Forschung besteht darin, daß der Versuch gemacht wird, den Prozeß der kindlichen Entwicklung aus dem Verhalten Erwachsener zu rekonstruieren, was dadurch kompliziert wird, daß die Erinnerung des Menschen nicht bis in diese frühe Phase zurückreicht. Deshalb ist es um so bedeutungsvoller, daß die so gewonnenen Hypothesen und Theorien auch durch direkte Verhaltensbeobachtungen und Methoden der experimentellen Psychologie bestätigt wurden. Besondere Verdienste auf diesem Gebiet haben sich RENÉ SPITZ (1954/1973) und MARGARET MAHLER (1978) erworben.

2. 1. DER PSYCHOANALYTISCHE BEGRIFF DER ORALITÄT

In der psychoanalytischen Literatur wird der ersten Phase nach der Geburt viel Aufmerksamkeit gewidmet. Danach kommt der Rolle des Mundes als Organ der Nahrungsaufnahme und der Wahrnehmung besondere Bedeutung zu. Die Verwendung des Adjektivs "oral" wird dabei verwendet a) zur Beschreibung von Verhaltensweisen, Gedanken oder Empfindungen, die sich auf den Mund beziehen oder diesen mit einbeziehen, b) für Phänomene des Säuglingsalters, in denen der Mund das vorrangige Organ sinnlicher und aggressiver Befriedigung bietet, sowie c) zur Beschreibung von psychischen Prozessen und Verhaltensweisen im Erwachsenenalter, die sich aus der frühen Beziehung zur Mutter herleiten lassen oder als indirekte Äußerung unbewußter oraler Strebungen verstanden werden, z. B. "Verschlingen" von Büchern, Anspruchshaltungen und anderes (SANDLER und DARE, 1973).

FREUD (1905/1972) weist auf die sexuelle Färbung der Oralität hin, indem er schreibt: "Die erste und lebenswichtige Tätigkeit des Kindes, das Saugen an der Mutterbrust, muß es bereits mit dieser Lust vertraut gemacht haben ... anfangs war wohl die Befriedigung der erogenen Zone mit der Befriedigung des Nahrungsbedürfnisses vergesellschaftet. Die Sexualbetätigung lehnt sich zunächst an eine der zur Lebenserhaltung dienenden Funktionen an und macht sich erst später von ihr selbständig" (S. 87). Er verweist in diesem Zusammenhang auch auf das häufig beim Säugling zu beobachtende "Ludeln oder Wonnesaugen". So bezeichnet er die orale oder kannibalische Phase als prägenitale Sexualorganisation und das Wonnesaugen als erste Äußerung der infantilen Sexualität. Konstitutionelle Verstärkung der Bedeutung der Mundzone könne zu verstärktem Bedürfnis nach Rauchen und Trinken beim Erwachsenen führen, Verdrängungsvorgänge zu Eßstörungen und Erbrechen. Der sexuelle Charakter

dieser Erlebnisse werde nach SANDLER und DARE (1973) durch bei Patienten zu beobachtende Phantasien, wie z. B. der von der oralen Schwängerung, bestätigt (diese Phantasie finde sich regelmässig bei Patienten mit Anorexia nervosa). Auch ABRAHAM (1916/1971) betont die sexuelle Funktion der Mundschleimhaut, indem er die orale Zone für bedeutungsvoller hält als die anderen erogenen Zonen. Sexualfunktion und Ernährungsfunktion seien miteinander verknüpft, zudem bestehe aber dem Objekt gegenüber, das die Wunschphantasien des Patienten auf sich gezogen habe, der Wunsch nach Einverleibung. Er betont auch, "daß Personen, welche an der kindlichen Saugelust festhalten, regelmässig in der Entwicklung ihrer Sexualität schwer gehemmt werden. Nahrungstrieb und Sexualität bleiben bei ihnen in gewissem Umfang miteinander verflochten" (S. 140). Das Saugen sei "die älteste Lustquelle des Lebens" (ebenda). Er unterscheidet eine primäre von einer sekundären Stufe der oralen Entwicklungsphase: Auf der primären Stufe sei die Libido des Kindes an den Saugeakt gebunden, das Kind vermag noch nicht zwischen Ich und einem Objekt außerhalb zu unterscheiden. Die sekundäre Stufe sei von der primären unterschieden durch die Wendung des Kindes von der saugenden Mundtätigkeit zur beißenden. Das Beißen stelle dabei die Urform des sadistischen Impulses dar: "Auf der Stufe der beißenden Mundtätigkeit wird das Objekt einverleibt und erleidet dabei das Schicksal der Vernichtung. Es ist das Stadium der kannibalischen Antriebe" (S. 140). Diese sekundäre Stufe nennt er deshalb die oral-sadistische, womit in der Libidoentwicklung der Anfang eines Ambivalenzkonfliktes gesetzt sei.

Im Sinne von SPITZ (1976), der den Mund als die Wiege der Wahrnehmung bezeichnet, ergänzt FENICHEL (1934/1974), daß das 'In-den-Mund-Stecken oder Ausspucken" die Grundlage für alle Wahrnehmungen sei. Er führt dazu aus, den Begriff der

Identifizierung erläuternd: "Der Begriff einer primären Identifizierung meint, daß tatsächlich "In-den-Mund-Nehmen" und "Nachahmung zum Zwecke der Wahrnehmung" ein und dasselbe sind und die erste Objektbeziehung darstellen ... die primäre Einverleibung ist die Matrix dessen, was später Liebe sowohl wie Zerstörungswut wird" (S. 59). Auch FENICHEL betont in Anlehnung an die bereits zitierten Autoren die Rolle der Mundschleimhaut als erogene Zone und nennt als Ausdruck von Oralerotik bei Erwachsenen das Küssen, perverse Praktiken, Trinken, Rauchen und bestimmte Eßgewohnheiten:"Ziel der Oralerotik ist zunächst die lustvolle autoerotische Reizung der erogenen Zone und später die Einverleibung von Objekten ... Eine besonders intensive Gier, die entweder unvermittelt, oder, nachdem sie verdrängt wurde, in ihren Abkömmlingen auftaucht, ist stets auf Oralerotik zurückzuführen" (S. 95).

ALEXANDER (1950/1977) verbindet mit der Befriedigung der Nahrungsbedürfnisse noch andere emotionale Faktoren: "Keine andere vitale Funktion der frühen Lebensjahre spielt eine so zentrale Rolle im Gefühlshaushalt des Organismus wie das Essen. Das Kind erfährt die erste Linderung physiologischer Unbehaglichkeit beim Stillen; so kommt es, daß die Befriedigung des Hungers zutiefst mit dem Gefühl von Wohlbefinden und Sicherheit assoziiert wird. Die Angst vor dem Verhungern bleibt der Kern aller Unsicherheitsgefühle (Angst vor dem Morgen), unbeschadet dessen, daß tatsächliches Verhungern in unserer Zivilisation kaum vorkommt... Über das Gefühl der Sicherheit hinaus wird das Gefüttertwerden zutiefst mit dem Gefühl des Geliebtwerdens in Assoziation gebracht (orale Rezeptivität)" (S. 56). Eine andere mit Essen und Hunger verknüpfte emotionale Haltung von grundlegender Bedeutung sei das Besitzstreben mit seinen Komponenten Gier, Eifersucht und Neid. Für das Kind sei Besitzen gleichwertig mit körperlicher (oraler) Einverleibung.

Schließlich wird das Beißen zur ersten Manifestation von Feindseligkeit (orale Aggression). Auch dieser Autor verweist auf durch Saugen hervorgerufene Lustgefühle beim Säugling und sieht diese frühen oralen Lustgefühle als Vorläufer späterer genitaler Erregungen an. Auf den zuvor erwähnten Aspekt des Besitzens weist auch DÜHRSSEN (1954/1974) hin: "Die ersten Uranfänge des Besitzerlebens gruppieren sich um jene Gegenstände, die der Nahrungsaufnahme und damit dem Lebenserhalt dienen... oral-kaptatives Erleben, die ersten Vorformen des Habenwollens, kennzeichnen also in betonter Weise die frühe Welt des kleinen Kindes" (S. 37).

ERIKSON (1979) betont den Charakter der Einheit von Mutter und Kind in den ersten Wochen: "In dieser Zeitspanne lebt und liebt das Kind durch und mit dem Mund,und die Mutter lebt und liebt durch und mit ihren Brüsten. Für sie ist das höchst abhängig von der Liebe, derer sie von anderen sicher sein kann, von der Selbstwertung, die den Stillakt begleitet und von der Reaktion des Neugeborenen" (S. 66). Darüber hinaus betont er jedoch auch das Gewicht anderer Sinneseindrücke: "... so ist es auch bald gewillt und imstande, mit seinen Augen 'aufzunehmen', was in sein visuelles Feld eintritt... auch sein Tastsinn scheint dasjenige aufzunehmen, was sich gut anfühlt" (S. 66). All diese Bereitschaften seien jedoch höchst verletzlich und sowohl zur Lebenserhaltung als auch zur Koordination der empfindlichen Atem-, Kreislauf- und Stoffwechselrhythmen müßten die Angebote an die Sinnesorgane die richtige Intensität haben und im richtigen Zeitpunkt eintreten. Mit dem Satz "was also gut für das Kind ist, was ihm geschehen darf, hängt von dem ab, was aus ihm werden soll und wo auf der Welt es das werden soll" (S. 67), weist er auf die Bedeutung kultureller Einflüsse und Unterschiede hin, von RENGGLI (1976) als "survival value" einer Kultur und von FROMM

(1970b/1981) als Gesellschaftscharakter dargestellt. RENGGLI hat die Entwicklung der Erziehungsnormen in den verschiedenen Gesellschaften von der Antike bis heute untersucht und dargestellt, daß in Hochkulturen die Kinder die meiste Zeit des Tages von der Mutter getrennt sind.

Nach ERIKSON (1979) bilden sich in der oralen Phase beim Kind die Ursprünge des "Grundgefühls des Vertrauens" und des "Grundgefühls des Schlechten" (S. 74) aus, die durch das ganze Leben Quelle der Urangst und der Urhoffnung blieben. Der früheste Beweis für das Vertrauen des Kindes zur Gesellschaft sei das Fehlen von Ernährungsschwierigkeiten, Schlafstörungen und Spannungszuständen im Verdauungstrakt.

SCHULTZ-HENCKE (1951/1970) hat für die erste Zeit nach der Geburt den Begriff der Intentionalität eingeführt, der später von SCHWIDDER (1959) und RIEMANN (1961/1978) weiter herausgearbeitet wurde und von der oralen Phase deutlicher als von anderen Autoren unterschieden wird. SCHWIDDER führt aus, daß es sich beim "intentionalen Antriebserleben" um mittels der Sinnesorgane auf die Welt gerichtete emotionale Zuwendung handle. Die Mutter lasse das Kind teilhaben und eröffne ihm schrittweise die Welt, so daß das Kind lustvoll und mit Befriedigung zunehmende Bekanntheits- und Vertrautheitsgefühle entwickle.

RIEMANN (1970) hebt zusätzlich die Bedeutung der ersten drei Lebensmonate des Kleinkindes hervor und bezeichnet diese Entwicklungsphase als die präorale. In dieser Zeit habe das Sensorium die Funktion eines Leitorgans. Das erste Lächeln zeige den Ansatz der Bindungsfähigkeit (durch Erkennen "des" Menschen) und deute den Übergang von der sensorischen zur oralen Phase an: "Sein Beziehungsschwerpunkt liegt zunächst

noch ganz in ihm selbst, wie er in der oralen Phase im Du liegt"(S. 29).

MAHLER, PINE und BERGMANN (1978) schließlich haben aufgrund von intensiver Beobachtung unter Laborbedingungen die Entwicklung von Kindern verfolgt und die Zeit nach der physischen Geburt als "die psychische Geburt des Menschen" bezeichnet. Die Wochen nach der Geburt, in denen beim Säugling schlafähnliche Zustände überwiegen und die an den Urzustand der Libidoverteilung während des intrauterinen Lebens erinnerten, werden als "normale autistische Phase" bezeichnet, in der äußere Reize relativ schwach besetzt seien und wo eher physiologische als psychologische Prozesse im Vordergrund stünden. In diesem Stadium scheine sich der Säugling in einem Zustand halluzinatorischer Desorientiertheit zu befinden, " in dem die Bedürfnisbefriedigung seinem eigenen, allmächtigen, autistischen Umkreis angehört" (S. 60). (FREUD nennt dies den primären Narzißmus.) Dadurch werde die postfötale Homöostase gefördert. Vom 2. Monat an beginne mit dem verschwommenen Gewahrwerden des bedürfnisbefriedigenden Objekts die Phase der normalen Symbiose, "in der der Säugling sich so verhält und seine Funktion ausübt, als ob er und seine Mutter ein allmächtiges System darstellten - eine Zwei-Einheit innerhalb einer gemeinsamen Grenze" (S. 62/63). In dieser Zeit (3. oder 4. Lebenswoche) komme es zu einer physiologischen Krise, in der die bisherige solide Reizschranke, "die autistische Schale", zu bersten beginne. In dieser Zeit sei das Eingreifen einer Mutterfigur zur Reduzierung von Spannungen besonders wichtig. In der symbiotischen Phase sei das Bedürfnis des Kindes nach der Mutter absolut, das der Mutter nach dem Kind relativ. Die in dieser Phase bestehende Fähigkeit, die Mutter libidinös zu besetzen, stelle den Urgrund dar, auf den sich alle späteren menschlichen Beziehungen heranbildeten. Es werden verschiedene

emotionale Bereitschaften bei Müttern beschrieben, die als symbiotische Organisatoren der psychischen Geburt bezeichnet werden. Dabei habe das Stillen, obgleich wichtig, nicht unbedingt zu optimal engen Beziehungen von Mutter und Kind geführt.

BATTEGAY (1983) betont, daß der "Hunger" nach taktiler Nähe, nach warmer Umsorgung und Reizvermittlung die erste Lebensphase kennzeichne. Da der Haut in dieser Phase eine hervorragende Bedeutung zukomme, nennt er diese Phase die taktile. Er versteht unter Hunger nicht nur das Bedürfmis nach körperlicher Sättigung, sondern vor allem auch den Wunsch nach einer emotionalen Wärmung und Erfüllung. Das Phänomen des Hungers in diesem Sinne beruht nach seinen Ausführungen auf einem sehr komplexen psycho-somatischen Geschehen. Erkrankungen wie die Anorexia nervosa und die Adipositas bezeichnet er deshalb folgerichtig als Hungerkrankheiten. Der Hunger sei nicht nur eine Angelegenheit des Magens, sondern auch des Narzißmus: "Erhält ein Individuum im Kleinkindesalter nicht genügend Bestätigung in Form von Wärme, Stimulation und Kognitionsmöglichkeiten, so bleibt es ungestillt im Bereiche des Selbst" (S. 15/16). Schon kurze Trennungen von der Mutter in dieser Zeit können weitreichende Folgen haben und nach SPITZ (1973) zu einer Reihe von psychischen und körperlichen Störungen Anlaß geben.

ANNA FREUD (1965/1971) schildert den langen Weg, den das Kind zurücklegen muß, um seine körperliche Unabhängigkeit zu erlangen und teilt diese Entwicklung in 6 Stufen ein und verdeutlicht dabei auch die Bedeutung von späteren Entwicklungsphasen in bezug auf das Eßverhalten. Die ersten 4 Stufen betreffen Entwicklungsphasen, in denen Nahrung und Mutter weitgehend gleichgestellt werden. Sie betreffen 1. das Säuglings-

stadium selbst mit Brust- oder Flaschennahrung, 2. die Entwöhnung von Brust oder Flasche mit der Schwierigkeit der Einführung fester Speisen, 3. das erste selbständige Essen, 4. das selbständige Essen mit Löffel und Gabel: "Schwierigkeiten in der Mutter-Kind-Beziehung äußern sich mit Vorliebe während der Mahlzeiten. Die Stärke der oralen Bedürfnisse äußert sich auf dieser Stufe entwicklungsmäßig als Sucht nach Süßigkeiten". Über die bisherigen Autoren hinausgehend schildert sie weitere Entwicklungsschritte: "5. auf der ödipalen Stufe tritt die psychische Gleichung "Nahrung gleich Mutter" in den Hintergrund und an ihre Stelle treten aus den infantilen Sexualtheorien stammende Phantasien: Die Phantasie von oraler Befruchtung erzeugt Angst vor Vergiftung, Schwangerschaftsphantasien, d. h. Angst vor Gewichtszunahme führen zur Essensverweigerung; Phantasien von analer Geburt zu Störungen in Nahrungsaufnahme und -entleerung ...
6. Die Latenzperiode bringt eine Abnahme in der Sexualisierung des Eßvorgangs mit gleichzeitiger Befreiung oder Steigerung der Eß-Lust. Die vernünftigen Ich-Haltungen dem Essen gegenüber erstarken zu Ungunsten der Triebeinflüsse und führen zur allmählichen Selbständigkeit. Als Restbestände des Vorangegangenen bleiben für alle Zukunft die individuellen Vorlieben und Idiosynkrasien bestehen ebenso wie die Neigung zur Süchtigkeit in bezug auf Getränke und Rauschgift" (S. 72 - 75).

"Die Gleichstellung von Nahrung und Mutter, die für die ersten vier Entwicklungsphasen maßgebend ist, bestätigt objektiv, was Mütter seit jeher subjektiv gefühlt haben, nämlich, daß jede Essensverweigerung des Kleinkindes einer feindseligen Regung Ausdruck gibt, die sie dann mit viel Empfindlichkeit und negativen Einstellungen beantworten ... Die geschilderten Störungen sind nicht Zeichen von pathologischen Veränderungen, sondern sind entwicklungsbedingt und als solche kurzlebig." Unlustbe-

tonungen schwächten jedoch die Eßlust und würden dadurch Schwierigkeiten in der nächsten Entwicklungsphase Vorschub leisten."Je ausgebreiteter die kindlichen Eßstörungen sind, desto gründlicher wird auch der Boden für neurotische Magen- und Darmstörungen des Erwachsenenlebens vorbereitet" (S. 142/143).

2. 2. THEORETISCHE ÜBERLEGUNGEN ZU HUNGER UND SÄTTIGUNG

2. 2. 1. BEMERKUNGEN ZUM PSYCHOSOMATISCHEN MODELL

Kein Erleben ist ohne somatisches Korrelat denkbar. Wie die bisherigen Ausführungen gezeigt haben, sind Hunger und Sättigung nicht allein als Akt der Nahrungsaufnahme im Sinne der Aufrechterhaltung physiologischer Funktionen wichtig, vielmehr sind sie auch von einer Reihe von Erlebnisqualitäten, wie Geborgenheit, Abbau von Spannungen und Ausbildung von Vertrauen, begleitet. SCHULTZ-HENCKE (1951/1970) nennt das Zusammentreffen von psychischer Erregung und ihr zugeordneten Funktionsänderungen des Körpers Gleichzeitigkeitskorrelation.

Mit den Wechselwirkungen von Erleben und somatischen Korrelaten befaßt sich die psychosomatische Medizin. Nach MITSCHERLICH (1969) entwickelten sich Krankheiten im Korrelationsfeld von Erlebnis und diesem Erlebnis zugeordneten körperlichen Leistungen. VOGT (1983) schreibt ergänzend, daß die Erkrankung eingebettet in die persönliche Lebensgeschichte gesehen wird und als ein Lösungsversuch von Lebensproblemen betrachtet wird, "der dem Individuum unter den besonderen Bedingungen seiner Existenz nicht anders möglich war" (S. 4). In ähnlicher Weise äußert sich von UEXKÜLL (1981). MITSCHERLICH schildert in diesem Zusammenhang wie folgt:

"Seelische Erregungen bedeuten für uns etwas, und wir beantworten sie nach diesem Bedeutungszusammenhang. Sie können kommen und gehen, und sie können gleichsam für dauernd erstarren. In alledem haben sie eine nach innen, dem Organismus zugewendete Seite. Hier ist seelische Erregung simultan zur Funktionsänderung eines Organs oder eines Zusammenspiels von Organen. Bei dieser Auffassung hängen seelische und leibliche Erregungen derart zusammen, daß sie Aspekte eines Vorgangs sind" (S. 55/56). Die psychosomatische These formuliere eine polare Zuordnung von zugleich weitgehend eigenständigen Prozeßverläufen. "Übersteigt die psychische Erregungskomponente die Spannweite physiologischer Variationen, so provoziert sie den Übergang in die pathologische Reaktion" (MITSCHERLICH, 1969, S. 55/56).

2. 2. 2. PHYSIOLOGIE UND PSYCHOLOGIE DES EßVERHALTENS

Das Phänomen des Hungers und die Regulation der Nahrungsaufnahme beruhen auf einem komplexen psychosomatischen Geschehen. BATTEGAY (1983) berichtet ausführlich über eine Fülle von Versuchen, die das Futteraufnahmeverhalten zum Gegenstand hatten. Dabei sei entdeckt worden, daß bilaterale Läsionen in der ventromedialen hypothalamischen Zone bei Ratten dazu führten, daß eine Hyperphagie auftrat und sie eine Fettsucht entwickelten. Bei Ratten hingegen, denen eine Läsion im lateralen Teil des Hypothalamus gesetzt wurde, sei eine dramatische Aphagie beobachtet worden. Daraus wurde ein Sattheitszentrum im ventromedialen Teil des Hypothalamus und ein Futteraufnahmezentrum im lateralen Teil des Hypothalamus postuliert. Auch beim Menschen seien solche Zusammenhänge festgestellt worden. An der Nahrungszufuhr sind neben der zentralnervösen Steuerung jedoch auch metabolische und neuronale Faktoren beteiligt. Der gleiche Autor berichtet über Forschungen über die Wirkung

der endogenen Opiate und des Serotonins, die ebenfalls in Wechselwirkung zueinander die Nahrungsaufnahme beeinflußten. Die genannten Stoffe wirkten dabei als Überträgersubstanzen auf die hypothalamischen Kerne. Auch BRUCH (1973) referiert derartige Untersuchungen. Viele der wirksamen Mechanismen beim Menschen sind jedoch noch ungeklärt, an einem Antagonismus zwischen Hunger- und Sättigungszentrum wird jedoch nicht gezweifelt.

Redewendungen wie "die Angst schnürt mir den Magen zu", "mir ist der Appetit vergangen", "mir läuft das Wasser im Munde zusammen", die aus dem Alltagsleben stammen, weisen auf Wechselwirkungen zwischen psychischen Erlebnissen und körperlichen Zuständen hin. Da der Vorgang der Nahrungsaufnahme das emotionale Leben des Säuglings völlig ausfüllt und die Gefühle von Unlust und Befriedigung mit diesem Vorgang verbunden sind, ist es nicht verwunderlich, daß auch im späteren Leben viele Phasen des Verdauungsvorganges an bestimmte emotionale Haltungen gekoppelt bleiben (ALEXANDER, 1950/1977). Dieser Autor führt weiter aus, daß ein nach außen gekehrtes Interesse (besonders intensive Wut oder Furcht) sich hemmend auf den Verdauungstrakt auswirke und daß diese Hemmung auf der Erregung des sympathisch-adrenalen Systems beruhe. Der hemmende Einfluß betreffe die Sekretionsvorgänge im Magen und Darm und die Peristaltik. Anregend auf die gastro-intestinalen Funktionen dagegen wirken Hunger, Anblick oder Duft von Nahrung, das Verlangen, ernährt zu werden und "das weniger konkrete Verlangen nach Hilfe und Entspannung... Der Lustcharakter der mit den frühen Formen der Ernährung (Saugen) verbundenen physischen Sensationen erklärt die Häufigkeit emotionaler Störungen der Ernährungsfunktionen, wenn die gereiften genitalen Sexualfunktionen durch Konflikte gehemmt werden. Die verdrängten sexuellen Triebregungen werden auf regressivem

Wege im Ernährungsvorgang zum Ausdruck gebracht, und ihre Abweisung durch das Bewußtsein manifestiert sich daher in Eßstörungen" (S. 56 - 58). Auch andere äußere Faktoren beeinflussen das Eßverhalten. So weist BATTEGAY auf Wechselwirkungen von Eßverhalten und Einstellung zur Nahrung in der Familie bei den Eltern hin, aber auch auf die das Essen begleitende Atmosphäre und auf frühe Lern- und Identifikationsvorgänge.

SELVINI (1982) weist auf "die fundamentale Bedeutung der primären zwischenmenschlichen Beziehungen für das Erlernen der Wahrnehmung und Befriedigung der Stimuli des eigenen Körpers" (S. 77) hin und vertritt die Auffassung, daß sich die Instinkte niemals als reine biogenetische Spannungen offenbarten, sondern von Anbeginn durch das Lernen innerhalb einer zwischenmenschlichen Beziehung geformt werde. Das werde durch die neurophysiologische Forschung bestätigt: "Nach HEPP haben alle subkortikalen Zentren, die viszerale und emotionale Reaktionen während relativ fortgeschrittener Lebensabschnitte regeln, die 'Information' über Triebbefriedigung in den frühesten Phasen des Daseins erhalten" (S. 77).

Auch PUDEL (1978) weist auf die Rolle von Lernvorgängen zur Ausprägung von Ernährungsgewohnheiten hin. Dicke Kinder hätten auch oft dicke Eltern.

3. KLINISCHE MANIFESTATIONEN VON EßSTÖRUNGEN

3 1. ANOREXIA NERVOSA

"Immerfort wollte ich, daß ihr mein Hungern bewundert ... Ihr sollt mich aber nicht bewundern, weil ich hungern muß,

ich kann nicht anders", sagte der Hungerkünstler, "weil ich nicht die Speise finden konnte, die mir schmeckt. Hätte ich sie gefunden, glaube mir, ich hätte kein Aufsehen gemacht und mich vollgegessen wie du und alle", läßt KAFKA in der Erzählung "Ein Hungerkünstler" den Hungerkünstler sagen. SCHÜTZE (1980) vermutet darin autobiografische Züge. In der Schilderung einer anderen Betroffenen (SHEILA McLEOD, 1983), die rückblickend ihre eigene Krankheits- und Heilungsgeschichte beschreibt, wird im Buchtitel ein besonderer Aspekt dieser Krankheit deutlich: "Hungern, meine einzige Waffe". THOMÄ (1961) meint, daß das klinische und psychopathologische Interesse an der Anorexia nervosa in den letzten Jahren zugenommen habe und daß diese Erkrankung häufiger diagnostiziert werde. Indessen ist diese Krankheit schon seit Jahrhunderten bekannt und auch als psychogene Erkrankung beschrieben. Verschiedene Autoren, vor allem THOMÄ (1961) und SELVINI-PALAZZOLI (1982) haben einen historischen Überblick gegeben. SELVINI unterscheidet vier Phasen: Wahrscheinlich sei die Krankheit im Mittelalter nicht ungewöhnlich gewesen. Die erste Schilderung stamme wahrscheinlich von PORTIUS (1551). Die erste detaillierte Beschreibung stamme jedoch von RICHARD MORTON (1689): Er beschrieb eine Form von Schwindsucht, die mit Amenorrhoe, Appetitlosigkeit, Verstopfung, extremer Abmagerung und Hyperaktivität einherging. In einer zweiten Phase in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts sei die Anorexia nervosa als moderne klinische Einheit mit klar definierter Symptomatologie hervorgetreten und so von LASÈGUE (1873) und GULL (1874) beschrieben worden. Als Ursache der Krankheit war ein besonderer Gemütszustand angesehen worden, "eine intellektuelle Perversion, welche von emotionalen Störungen herrührte, die die Patientin entweder zugab oder vertuschte... Um die Jahrhundertwende bestand demnach weitgehende Übereinstimmung, daß es sich bei der Anorexia nervosa um eine psychische Erkrankung handelt" (S. 17f).

In einer dritten Phase unterdessen wurde der Begriff Anorexia nervosa seit 1916 nicht mehr verwendet, nachdem der Hamburger Arzt SIMMONDS 1914 einen tödlichen Fall von Kachexie beschrieben habe, "bei dem die Autopsie ergab, daß eine Atrophie des Vorderlappens der Hypophyse vorlag" (S. 22). Es wurde fortan bei solchen Krankheitszuständen eine Dysfunktion des vorderen Hypophysenlappens angenommen."Dieser Wirrwarr zeitigte schwerwiegende Folgen auf therapeutischem Gebiet, wo Hypophysengewebe übertragen und Extrakte injiziert wurden, womit etwas geheilt werden sollte, was in Wahrheit eine rein psychische Störung war " (S. 23). Die Wiederherstellung des klassischen Begriffs der Anorexia nervosa seit den 40er Jahren sei weitgehend A. L. SHEEHAN zu verdanken. In einer vierten Phase sei schon Anfang des Jahrhunderts die psychogenetische Forschung vorangetrieben worden, als deren vorläufiges Ergebnis sie die Erkenntnisse des Göttinger Symposions 1965 darstellt. Heute werde die Anorexia nervosa als krankhafte Störung des Eßverhaltens aufgefaßt, die seelischen Ursprungs ist und zu einem Zustand von Unterernährung mit zum Teil bedrohlichem Ausmaße führt: "Auf Ärzte und Laien wirkt diese Verhaltenskrankheit - wohl wegen der Radikalität der Verneinung eines menschlichen Grundbedürfnisses - immer wieder zugleich intellektuell faszinierend und emotional bewegend" (KÖHLE und SIMONS, 1981, S. 529). Daß eine derartig schwerwiegende Erkrankung neben den körperlichen auch metabolische Auswirkungen haben muß, ist nicht weiter verwunderlich. Solche Veränderungen sind denn auch häufig Gegenstand wissenschaftlichen Interesses geworden (KATZ et al, 1975, KATZ et al 1978, WALSH et al, 1978).

Synonym zu dem Begriff Anorexia nervosa werden folgende Begriffe verwendet: Pubertätsmagersucht, endogene Magersucht, psychogene Magersucht, hysterische Anorexie, Anorexia mentalis, weight-phobia.

Von vielen Autoren (THOMÄ, 1961, BRUCH, 1970, PETZOLD, 1979, SCHÜTZE, 1980, KÖHLE, 1981, SELVINI, 1982) werden die Symptome der Erkrankung beschrieben. Als Leitsymptome gelten vor allem Abmagerung, Amenorrhoe und Obstipation. Die Patienten nehmen wenig Kalorien zu sich, es kommt zu selbstinduziertem Erbrechen und Laxantienabusus: "Die Patienten können nicht essen wollen" (KÖHLE, 1981), daraus resultiert ein Gewichtsverlust bis zur Kachexie, die Amenorrhoe stellt sich meist sekundär ein. Die psychologischen Symptome bestehen nach den genannten Autoren in 1. einer Verleugnung des Krankheitsbildes der Kachexie (es besteht eine panische Angst vor dem Fettsein oder -werden), 2. einer Körperschemastörung: Läßt man Magersüchtige mit Hilfe horizontal verschiebbarer Lampen ihre Körpermaße auf einer Skala einstellen, so überschätzen sie die Breite des eigenen Körpers, insbesondere im Gesichtsbereich, erheblich, während normgewichtige Vergleichspersonen eher dazu neigen, ihre Körpermaße zu unterschätzen (SLADE UND RUSSEL, 1973; GARFINKEL et al, 1978), 3. einer gestörten Wahrnehmung, Interpretation und Kontrolle physiologischer Stimuli und Bedürfnisse: Hunger werde weitestgehend verleugnet, es bestehe ein ständiges Bemühen um Autonomie und Autarkie; es wurden bizarre Eßgewohnheiten eruiert: Ständiges Kreisen der Gedanken um Essen und Kochrezepte (BRUCH, 1980) und heimliches Essen mit anschließendem Erbrechen, 4. Hyperaktivität: Schwäche und Müdigkeit werden verleugnet, oft werde anstrengendes sportliches Training beobachtet, die Patienten seien stark leistungsorientiert; diese Verhaltenszwänge werden im Zusammenhang mit der Triebabwehr verstanden; 5. einer ausgeprägten Kontaktstörung: Die scheinbare Selbständigkeit wird vor dem Hintergrund der sozialen Isolation gesehen.

Das Manifestationsalter liegt vorwiegend zwischen dem 13. und dem 25. Lebensjahr. Erkrankungen vor dem 10. und nach

dem 25. Lebensjahr kommen jedoch auch vor, aber "die Anorexie ist überwiegend eine Erkrankung junger Mädchen" (KÖHLE, 1981). Gelegentlich sind auch junge Männer betroffen, das Verhältnis wird von 10:1 bis 30:1 angegeben. Die Häufigkeit der Erkrankung wird mit 0,1 bis 0,6 pro 100.000 Einwohner bzw. zwischen 15 und 75 Patienten pro 100.000 Personen der Risikopopulation angegeben.

Die Anorexia nervosa kommt fast ausschließlich in den Überflußgesellschaften der westlichen Welt vor und dort häufiger in mittleren und höheren Sozialschichten (BRUCH, 1980). SELVINI (1982) schreibt dazu: "Das weitverbreitete kulturelle Klischee von der schlanken Frau scheint daher als Auslöser beim Ausbruch von Krisen in bestimmten Familiensystemen zu fungieren... Zu einer pathologischen Entwicklung gehört eine eigentümliche dysfunktionelle Organisation des Familiensystems" (S. 51 - 53).

3. 2. ADIPOSITAS

Fettleibige Menschen gelten tradionsgemäß als gutmütig, gemütlich und liebenswürdig. In manchen Kulturkreisen gilt Körperfülle auch als Zeichen von Wohlstand und Macht. HILDE BRUCH (1960) verweist jedoch auf die Kehrseite dieses Bildes, indem sie darauf hinweist, daß Dicke auch oft für zu langsam, stumpfsinnig und uninteressiert gehalten werden. PUDEL (1978) beschreibt übermässiges Essen als Verhaltensweise, um Angst oder andere emotionale Störungen zu kompensieren und erwähnt, daß der umgangssprachliche Ausdruck "Kummerspeck" diesen Zusammenhang umreißt. Aus diesem Spannungsfeld von einerseits sozial angesehenem Verhalten und Übergewicht als Folge pathologischer Konfliktverarbeitung andererseits, ist wohl auch

der Umstand zu erklären, daß sich die medizinische und psychosomatische Forschung erst seit ca. zwei Jahrzehnten vermehrt mit diesem Problem befaßt (PUDEL, 1978). In anderen Bereichen dagegen hatte die Adipositas schon immer Bedeutung: "Malerei, Plastik und Literatur sind bereits jahrtausendelang erfüllt von Dokumenten zu einer Soziologie der Fettsucht. Auch in Folklore, Brauchtum, Sprichwörtern und Redewendungen der verschiedensten Kulturkreise kommen treffende Beobachtungen über die Verknüpfungen zwischen gesellschaftlichen Bedingungen und der Fettsucht zum Ausdruck. Eine wissenschaftliche Bearbeitung des Fettsuchtproblems mit den Denkmodellen und Methoden der Soziologie wurde dagegen erst in den letzten Jahren begonnen" (PFLANZ, 1962/63, S. 579). Er verweist auch darauf, "daß die Fettsucht weder von anderen Kulturen noch von den meisten Subkulturen unserer eigenen Kultur als Krankheit definiert wird" (ebenda).

Medizinische Bedeutung hat die Adipositas durch die Feststellung von erhöhter Morbidität und Mortalität bekommen.

Bei der Frage, wann von Fettsucht zu sprechen ist, gehen die Meinungen auseinander. Allgemein gilt für das Normalgewicht die sog. BROCA-Formel (Körperlänge minus 100 ist Gewicht in Kilogramm). PFLANZ spricht von Adipositas, wenn das Gewicht 15 kg über diesem Richtwert liegt, andere (PETZOLD, 1980, STUNKARD, 1981, FREYBERGER, 1982) gehen von einer Überschreitung des Standardgewichts (BROCA-Forma minus 10 Prozent) um 10 bis 20 Prozent aus. Neuerdings wird jedoch die Körperfettmenge gemessen (GOSSMANN et al, 1976, TOELLER und GRIES, 1981), was jedoch komplizierter Methoden bedarf. PUDEL (1978) und auch FREYBERGER (1982) empfehlen denn auch die Diagnose per Augenschein und subjektiv mitgeteiltem Empfinden zu

stellen: "Menschen, die fett aussehen, sind auch fett".

Die Adipositas entwickelt sich als Konsequenz von gesteigerten Eßbedürfnissen mit vermehrter Kalorienzufuhr, damit verbunden ist ein verminderter Bewegungsdrang (FREYBERGER, 1983). Möglicherweise werde bei Adipösen durch psychovegetative Einflüsse der zentrale hypothalamische Mechanismus irritiert, das antagonistische Wechselspiel zwischen Hunger- und Sättigungszentrum gestört, so daß Hunger- und Sättigungsgefühl nicht mehr in gewohnter Weise als Signal für die Nahrungsaufnahmeregulaton dient (FREYBERGER, 1983). In anderem Zusammenhang berichtet der gleiche Autor (1976), daß bei Adipösen das subjektive Gefühl des Hungers nur geringe Bezüge zum objektiven energischen Bedarf hat.

4 Typen von pathologischem Eßverhalten werden beschrieben:
1. die Rauschesser, die eine Art oralen Orgasmus erleben;
2. die Daueresser mit verminderter Sättigungsempfindung;
3. die Nimmersatten, deren Appetit mit dem Essen kommt, und
4. die Nachtesser (WESIACK, 1980). Die meisten Autoren weisen darauf hin, daß die erhöhte Nahrungszufuhr zur Abwehr von Unlustaffekten, insbesondere von depressiven Gefühlen und Ängsten, dient. Adipöse sind in Verleugnung dieser Zusammenhänge geneigt, andere Faktoren ("die Drüsen") für die Gewichtszunahme verantwortlich zu machen, von verschiedenen Autoren (BRUCH, 1960, STUNKARD, 1981, FREYBERGER, 1983) wird jedoch darauf hingewiesen, daß die Adipositas lediglich bei etwa 5 % Teilausdruck einer andersartigen Erkrankung ist. Auf der anderen Seite warnt H. BRUCH (1960) vor dem Mißverständnis, "daß jede Fettleibigkeit krankhafter Natur sei ... Viele Menschen sind dann am gesündesten, wenn sie ein bestimmtes (ihr "Vorzugs-) Gewicht halten". Sie erklärt ferner, "daß der Zustand der Fettleibigkeit quasi als Schutz gegen

schwere seelische Störungen dienen kann" (1960). Nach CRISP (1975) haben Fettsüchtige nicht nur nicht häufiger emotionale Störungen als Nichtfettsüchtige, sondern sogar etwas seltener. KRÜSKEMPER et al (1977) stellten jedoch in vermehrtem Maße Psychosyndrome bei Übergewichtigen fest, diskutierten jedoch, daß Ursache und Wirkung hier nicht deutlich voneinander zu unterscheiden seien. Nach H. BRUCH (1960) sei "die Fettsucht noch mehr als früher zum Gegenstand lächerlicher und erniedrigender Beurteilung geworden" (S. 297).

Zur Häufigkeit fand STUNKARD (1981), daß in den USA bei 35 % der Männer und bei 40 % der Frauen eine Adipositas bestehe. Der Häufigkeitsgipfel liege bei 40 Jahren. "Aus dem 1976 erschienenen Ernährungsbericht des Gesundheitsministeriums geht hervor, daß heute jeder zweite Deutsche übergewichtig ist" (PETZOLD und REINDELL, 1980, S. 120). In verschiedenen Studien wurde eine Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status festgestellt. Nach der MIDTOWN-MANHATTAN-Studie kam Fettsucht bei Mitgliedern von niedrigerem sozioökonomischen Status häufiger vor, in der BRD zeigte sich nach PFLANZ (1962/63), "daß in unserer Kultur beim Mann die Fettsucht mit hohem, bei der Frau eher mit niedrigerem Sozialprestige verknüpft ist"(S. 584). "Durch neuere Studien allerdings wird nahegelegt, daß auch für deutsche Männer im letzten Jahrzehnt die erwartete negative Beziehung sich deutlicher abzuzeichnen beginnt" (PUDEL, 1978).

Auch bei den Fettsüchtigen bestehen Störungen des Körperschemas (STUNKARD, 1981). Sie erlebten ihren Körper als grotesk, ekelerregend und sich selbst von anderen mit Feindseligkeit betrachtet. Dieses Erleben sei mit extremer Unsicherheit und gestörtem sozialen Verhalten verbunden, finde sich jedoch nur bei neurotischen Fettsüchtigen.

3. 3. HYPEROREXIA NERVOSA

Dieses Krankheitsbild, das in letzter Zeit besonders von ZIOLKO (1976, 1982) systematisch untersucht wurde und von ihm als das Pendant zur Anorexia nervosa gesehen wird, wurde ausschließlich bei jungen Frauen und Mädchen beobachtet und umfaßt folgende Symptomatik: Beginnend in der Postpubertät besteht ein Syndrom aus ungezügelter, gieriger, dranghafter Nahrungsaufnahme ohne entsprechendes Sättigungsgefühl. Zusätzlich bestehen Erbrechen, Gewichtszunahme und Amenorrhoe, begleitet von depressiven Verstimmungen und Diebstahlshandlungen (die überwiegend auf Nahrung oder Geld zum Kauf von Nahrung gerichtet seien). Es bestehe ein ständiger Zwang, "essen zu müssen". Die Eßattacken werden als selbstdestruktiv gespürt und "die oral-sadistischen Impulse (Freßwut) werden auch in der Projektion der fressenden, verschlingenden, kannibalistischen Mutter wahrgenommen oder unmittelbar, da es mit der Mutter zusammenhängt, die verletzt werden soll. So wird das Essen zu einer rachsüchtig verwendeten Waffe" (ZIOLKO, 1976, S. 12).

Von VIEBAHN (1976) werden Fallgeschichten referiert und in einer Dissertation (PEPER-LITTERSCHEID, 1981) die Erkrankung neben der Anorexia nervosa und der Adipositas als eigenständiges Krankheitsbild dargestellt.

4. LITERATURÜBERSICHT

4. 1. VERGLEICHENDE BETRACHTUNGEN

Zur Psychogenese der Fett- und Magersucht gibt es in der Literatur zwar eine Reihe von vergleichenden Betrachtungen, vergleichende Untersuchungen sind jedoch kaum zu finden. Das ist um so verwunderlicher, als STAUDER schon 1959 schreibt: "Wenn wir berücksichtigen, daß gleiche emotionale Situationen eine Fett- wie eine Magersucht einleiten können, daß gleiche Prozesse im Hypothalamus bald zur Fett-, bald zur Magersucht führen können, so erhebt sich die Frage, ob wir nicht bei psychosomatischen Untersuchungen beide künftig synoptisch betrachten müssen. Vielleicht sind unsere Erkenntnisse bei alleiniger Durchforschung der Adipositas ohne Einbeziehung der Magersucht gleichsam Münzen ohne Rückseite. Der Vergleich beider wird unsere Fragestellung fruchtbar erweitern" (S. 678). ALEXANDER (1950/1977) sieht den engen Zusammenhang in dem häufigen Auftreten von nervöser Anorexie bei Patienten, die früher an Bulimie gelitten haben. Auch TOLSTRUP (1962/63) sieht eine Analogie der beiden Zustände und betrachtet beim Syndrom der Anorexia nervosa die Anorexie als Abwehr einer drohenden Hyperorexie. Die Verbindung werde vielleicht durch eine Gruppe junger Mädchen hergestellt, die immer zwischen Vielessen und Nichtessen schwankten, zwischen Übergewicht und Untergewicht, und die es viel Leiden koste, "das Gleichgewicht" zu halten. Er stellt schließlich die Frage: "Warum wird, wie ich es erlebt habe, das eine Kind fettsüchtig, das andere in derselben Familie magersüchtig?" (S. 598). Nach BASTIAANS (1962/63) wehren anorektische Patienten das "Essend-auf-die-Welt-gerichtet-Sein" ab: "Wie der Fettsüchtige mit dem Essen sich nicht selbst trösten kann, weil er eben darüber trauert, daß er mit seiner Mutter ... nicht eins werden kann, so wehrt das Mädchen mit

Anorexie auf magische Weise das Verschmelzen mit der Mutter (oder mit dem Manne) gerade durch Nichtessen ab. In der Tiefe suchen beide das Einswerden" (S. 622). Im Symptom des Essens werde die reelle Unmöglichkeit des Einswerdens in entgegengesetzter Weise abgewehrt. HILDE BRUCH (1973) meint ebenso wie STAUDER, daß man die Magersucht auch als Gegenstück ("counterpart") der Fettsucht auffassen könne. THOMÄ (1962/63) hält ebenso wie BASTIAANS die "Beobachtung,daß keine wirkliche, volle Befriedigung eintreten darf und kann" (S. 607) für bedeutungsvoll für das Verständnis der Magersucht und für manche Fettsuchtformen und stellt dabei die Tatsache heraus (mit Fallbeschreibungen belegt), daß Magersucht und Fettsucht alternieren können. Ebenso schildern CRISP (1970a) und CREMERIUS (1978) Patientinnen mit Anorexia nervosa, die im späteren Leben eine Fettsucht entwickelten. Den engen Zusammenhang zum familiären Bezugsrahmen machen ZIOLKO (1966) und H. BRUCH (1973) deutlich und beantworten damit möglicherweise die oben von TOLSTRUP gestellte Frage, weshalb das eine Kind fettsüchtig, das andere in der gleichen Familie magersüchtig werden kann. ZIOLKO schreibt: "Derartige gegensätzliche Reaktionsweisen können auch innerhalb einer Familie von zwei Personen übernommen werden, z. B. Anorexie und Hyperorexie bei zwei Schwestern einer Familie" (S. 406). HILDE BRUCH schildert eine Familie mit einer 18jährigen adipösen Tochter, deren 12jährige Schwester wegen ihres idealen Gewichts immer hochgelobt wurde. Als diese vier Jahre später eine Anorexie entwickelte, wurde deutlich, daß der ständige ängstliche Hinweis auf die Fettsucht der älteren Schwester das Denken und das Selbstverständnis der jüngeren Schwester so sehr beeinflußt hatte, daß sie den raschen Gewichtsanstieg während der Pubertät als beängstigend erlebte und in dem Glauben, sich nur durch Dünnsein die Achtung der Umwelt erhalten zu können, anfing zu hungern

4. 2. PSYCHOGENETISCHE FAKTOREN BEI ADIPOSITAS

SUCHANEK-FRÖHLICH (1957a und 1957b) meint, daß ein großer Teil der Probleme des Kleinkindes zwischen Oralität und Analität angesiedelt sei: "Wir können die tiefenpsychologischen Wurzeln der Fettsucht als Antriebsstörungen im oralen und analen Bereich auffassen. Eine Störung im oralen Bereich wird noch keinen Fettsüchtigen ergeben, sondern höchstens einen Vielesser. Eine anale Antriebsstörung wird zu einer starken Retention bei relativ normaler Aufnahme führen ... Doch erst die Kombination beider Triebhemmungen wird jene höhergradigen Formen ergeben" (1957a, S. 191). CLAUSER (1958) fand bei Fettsuchtpatienten eine familiäre Häufung von Adipositas: In 60,7 % bestehe auch bei Geschwistern, Eltern und deren Geschwistern und bei den Großeltern von Adipösen eine Fettsucht,und bei 32,6 % gab es wenigstens einen adipösen Elternteil. Auch KÖHLER (1957)fand bei 16 von 29 Patienten mit Fettsucht eine ausgeprägte Fettsucht bei Familienmitgliedern (9mal bei einem Elternteil oder Geschwister oder Kind, 7mal bei anderen Familienmitgliedern). ROSSIER (1949) und ANTONS-BRANDI (1972) führen dies auf die in solchen Familien zu beobachtende "Küchentradition" zurück, die möglicherweise auch für das von CRISP et al (1970) gefundene realtiv hohe Geburtsgewicht bei später Adipösen verantwortlich zu machen ist. Viele Eltern sehen mit dem Geschlecht ihrer Kinder unzufrieden (BRUCH, 1975), daraus könne sich eine Störung der sexuellen Identität entwickeln, die bei solchen Patienten häufig sei. Die gleiche Autorin (1960, 1975) schildert ebenso wie DIEDENHOFEN (1953), KÖHLER (1957) und MARCH (1969) die von unglücklichen Ehen oder gestörten sozialen Verhältnissen geprägte Familienatmosphäre, wo die Mütter häufig krankhaft an ihren Kindern hingen und versuchten, ihr Leben durch ihre Kinder zu leben. Als pathogener Hauptfaktor wird von diesen Autoren angesehen, daß das Kind

von einem Elternteil als Objekt benutzt werde, um die eigenen Bedürfnisse zu erfüllen. Die Familienatmosphäre werde von karger Emotionalität beherrscht mit Tendenzen zu Einengung und Behinderung der freien Selbstentfaltung. Der Nahrungsaufnahme werde besonderes Gewicht beigemessen, was sich in Aussprüchen wie: "Ich habe nur dann Freude an meiner Tochter, wenn ich ihr zu essen gebe" (BRUCH, 1960) und "wenn nur gut gegessen wird, kommt alles andere von selbst" (KÖHLER, 1957) gipfelt. Im späteren Leben könne das Essen schließlich zu einem Ersatz für sexuelle Befriedigung werden (THORNER, 1970). Essen diene in solchen Familien als Ersatz für verkümmerte Emotionalität (FREYBERGER; 1976). Auf Lernvorgänge im frühen Kindesalter, die je nach Einstellung, Information und Erziehungsstil der Eltern, das Erleben von Appetit und Sättigung beeinflussen können, weisen PUDEL, METZDORF und OETTING (1975) hin. Sie betonen gleichzeitig die Bedeutung von soziokulturellen Normen. Bei der Beschreibung der Persönlichkeit der Eltern von Fettsüchtigen heben STAUDER (1959), FREYBERGER und STRUBE (1962/63)und FREYBERGER (1976) übereinstimmend hervor, daß die Mütter dominierend (bei allerdings großer Selbstunsicherheit) und die Väter betont passiv seien. Die Mütter werden daher allgemein als 'over-protective mothers' bezeichnet, die den Mangel an Liebe und innerer Wärme durch pflegerischen Übereifer und alimentäre Verhätschelung ersetzten. STAUDER (1959) gibt allerdings zu bedenken, daß die Psychologie fettsüchtiger Erwachsener weniger klar beschrieben und weniger einheitlich sei als von fettsüchtigen Kindern und daß sie sich pathogenetisch als ein Viel-Faktoren-Problem darstelle. Bei den von ihm untersuchten Patienten fand er häufig eine seit der Kindheit bestehende Dunkel- und Einsamkeitsangst. Neben der Polyphagie, die meist verleugnet werde, betont er die Bedeutung des Naschens als subtiler Form oraler Regression. KRANTZ (1979) stellte anhand einer Untersuchung fest, daß Adipöse in Gesellschaft weniger essen als allein und bestätigt damit den oben postulierten Sachverhalt (Verleugnung der Polyphagie).

Einige Autoren (KÖHLER, 1957,MEYER u. TUCHELT-GALLWITZ, 1967) beschreiben neurologisch-psychiatrische Auffälligkeiten in der Ursprungsfamilie der Fettsüchtigen: häufig komme Trunksucht vor, besonders beim Vater (nach MEYER u. TUCHELT-GALLWITZ von 46 % neurologisch-psychiatrische Auffälligkeiten die Hälfte Trunksucht). KÖHLER beschreibt auch das Vorkommen von Zyklothymie bei einem Elternteil. In beiden Arbeiten wird auch auf die Geschwisterproblematik eingegangen: Geschwister würden oft als orale Konkurrenten erlebt.

Zu Schwangerschaftsverlauf und Geburt werden kaum Angaben gemacht, die Position in der Geschwisterreihe war jedoch häufig Gegenstand von Untersuchungen; die Ergebnisse sind hier jedoch nicht einheitlich. HILDE BRUCH (1973) fand 70 % der von ihr untersuchten Kinder in einer speziellen Position (35 % Einzelkinder, 35 % jüngste Kinder), auch HELGA MARCH (1969) kam zu einem ähnlichen Ergebnis: 70 % in exponierter Stellung (von 24 Kindern 4 Einzelkinder, 8 jüngste und 12 älteste Kinder), MEYER u. TUCHELT-GALLWITZ (1967) konnten diesen Befund nicht bestätigen, insbesondere habe es in diesem Punkt keinen wesentlichen Unterschied zu einer Kontrollgruppe gegeben. DIEDENHOFEN (1953) fand bei 7 von 17 Patienten die Einzelkindposition, weitere 8 stammten aus gestörten sozialen Verhältnissen. Nach H. BRUCH (1973) ist das Vorkommen der Kleinfamilie signifikant (Durchschnitt 2,1 Kinder). Nach MEYER u. TUCHELT-GALLWITZ (1967) fühlten sich die Fettsüchtigen häufiger besonders eng an die Eltern und die häusliche Umgebung gebunden, auch Strenge und Inkonsequenz in der Erziehung, wirtschaftliche Not und Streitigkeiten der Eltern seien häufig. Auf das Vorkommen von Primordialsymptomen (in 33 %) weisen diese Autoren ebenso hin wie oben schon STAUDER. In einer Fallschilderung wird von STOLLREITER-BUTZON (1950/51) zusätzlich zur Familiengeschichte die erste Kindheitser-

innerung der Patientin angeführt. Die Mutter habe die wegwerfende rüde Bemerkung gemacht: "Du bist genau so hart und kalt wie dein Vater!" (S. 342). Dieses Mädchen, als 3. von 4 Kindern geboren und unerwünscht, sei als Kind lebhaft, aber auch eigensinnig gewesen. THORNER (1970) stellt die Bedeutung der Zuwendung in der Säuglingszeit für die Entwicklung von Ich-Funktionen heraus: "Eating as incorporation of an object is the basis for identification with, and introjection of, an object" (S. 324). LECKIES and WITHERS (1967) weisen auf die Verbindung von Adipositas und oraler Aggression hin und stellen darüber hinaus fest, daß Adipöse mehr Tendenzen zu depressiven Erkrankungen hätten. R. BLOCH (1967) beschreibt einen völlig anderen Aspekt bei Adipösen, der wegen seines interessanten Ansatzes hier auch erwähnt werden soll: "... daß die Nahrungszufuhr neben dem ihr überlicherweise zugeordneten Streben nach Sättigung und Erhaltung des Lebens auch eine entgegengesetzte psychische Tendenz beinhalten kann. Dieses Verlangen, durch Essen Entspannung und Todesruhe finden zu können, wird in krankhaften Zuständen bewußt erlebt, bleibt aber meistens unbewußt" (S. 67). B. LOW nennt dies das Nirwana-Streben.

4. 3. PSYCHOGENETISCHE FAKTOREN BEI ANOREXIA NERVOSA

"Eine so schwere Neurose wie die Anorexia nervosa legt von vornherein die Vermutung nahe, daß die Kranken in einer emotional erheblich gestörten Atmosphäre aufwuchsen und leben" (SPERLING, 1965, S. 156). Er vermutet als einen der Hauptkonflikte, "die das Mädchen in den anorektischen Trotz treiben ... die ambivalente Abwehr der ungeheuren, weitgehend unbestimmten, an Geltung und Leistung orientierten Erwartungen der anderen, mit sich unzufriedenen Familienmitglieder" (ebenda). Nach JORES (1976) komme Anorexia nervosa überwiegend

in höheren Sozialschichten vor, GENSICKE (1979) fand eine Häufung (84 %) in der Mittelschicht, ISHIKAWA (1965) berichtet aus Japan, daß die meisten Patientinnen aus dem Mittelstand kämen und die ökonomischen Verhältnisse gesichert seien; die Berufe der Väter seien häufig intellektuelle. H. BRUCH (1973) dagegen stufte 29 von 51 Patienten als zur Oberklasse gehörig ein, davon seien 6 - 7 als "super-rich" anzusehen. 18 kamen aus der Mittelklasse und 4 aus der unteren Sozialschicht. DÜHRSSEN (1950/51) schildert weibliche Zwillinge, beide an Anorexia nervosa erkrankt, wo die Mutter zögernd zugegeben habe, daß die Kinder unerwünscht gewesen seien, sie habe bei der Geburt "auf den Tod gelegen" und sich nur schwer erholt. CRISP (1970b) schildert eine Tendenz der Probanden, bei der Geburt schwerer gewesen zu sein als eine Kontrollgruppe, der Unterschied sei jedoch nicht signifikant. Der Geburtsstatus wird von MEYER (1961) bei einer katamnestischen Untersuchung an 34 Frauen in die Untersuchung einbezogen: er fand 4 uneheliche Geburten, 1 voreheliche, 2 Kinder waren schon früh zu Pflegeeltern gegeben worden. KAY et al (1967) fanden Geburtskomplikationen bei 5 von 16 Patientinnen, jedoch nur einmal in einer Kontrollgruppe. Das Alter der Eltern wird allgemein als über dem Durchschnitt liegend angegeben. H. BRUCH (1973) fand bei den Vätern ein Durchschnittsalter von 33,5 Jahren, bei den Müttern betrug es 28,5 Jahre. Auch in Fallbeschreibungen wird das Alter der Eltern als recht hoch angegeben (DÜHRSSEN, 1950/51, STEELE, 1976/77). KAY et al (1967) fanden bei Patientinnen mit Anorexia nervosa häufiger Eßstörungen in der Kleinkindphase und Appetitstörungen und Gewichtsverschiebungen (Übergewicht oder 'schlechte Esser') in der Kindheit. Auf die deutlichen Unterschiede bei den Untersuchungen über die Position in der Geschwisterreihe hat schon H. BRUCH (1973) hingewiesen: während sie selbst nur in 10 % der untersuchten Familien Einzelkinder gefunden habe, berichtete KAY

über 50 %. In der oben zitierten Arbeit dieses Autors waren in 6 von 16 Familien Einzelkinder vorgekommen. SPERLING (1965) berichtet von 4 Einzelkindern in 16 Familien, fügt jedoch hinzu: "... lebten eigentlich alle Magersuchtpatientinnen als Einzelkinder der Mutter" (S. 160). Nach HILDE BRUCH (1973) seien Magersüchtige häufig Erstgeborene, meist von zwei Mädchen. SCHÜTZE (1980) dagegen fand die mittlere Geschwisterposition am häufigsten, Einzelkinder seien sehr selten (8 % gegenüber 42 % in der Normalbevölkerung). Nach seinen Untersuchungen kämen Magersüchtige hochsignifikant häufiger aus Mehrkinderfamilien.

Im Gegensatz zu der häufigen Mitteilung der Eltern, die Kindheit sei ohne Schwierigkeiten verlaufen, stellt FELDMANN (1965, 1977) fest, daß die frühe Kindheitsentwicklung nur scheinbar problemlos gewesen sei, bei vielen Mädchen habe es sich um betont brave, folgsame und dankbare Kinder gehandelt, die auch keine nennenswerten Trotz- und Autonomieerscheinungen zeigten. Diese Bravheit könnte Hinweise auf eine Schwäche des Ich-Aufbaues bieten. Auch andere Autoren (JORES, 1976, BRUCH, 1980, SELVINI, 1982) unterstreichen diese Beobachtung und ergänzen, daß es sich oft um vorzügliche und ehrgeizige Schülerinnen handele, dieoft auch sehr sportlich seien. In dem häufig geäußerten Wunsch, lieber ein Junge sein zu wollen, drücke sich auch eine geringe Identifizierung mit der eigenen Geschlechtsrolle aus. Bei der Erziehung werde großer Wert auf das Essen gelegt, es müsse alles aufgegessen werden.

Die Grundstimmung in Magersuchtfamilien sei freudlos-sachlich und "von Anfang an hoffnungslos im Hinblick auf irgendeine Form vorbehaltloser Liebe" (SPERLING, 1965, S. 165).

Wegen extremer Rollenstarrheit könnten die Familienmitglieder nur ein "verhärmt-depressives Klima" zulassen, "in dem Hilfsbereitschaft bis zur Aufopferung, Sparsamkeit und Sauberkeit

als Ideale gelten" (MASSING u. BECKERS, 1974, S. 54). Verantwortlich für diese Atmosphäre seien "Mütter, gelegentlich auch Großmütter, die es nicht fertigbrachten, ihre Kinder ruhig wachsen und sich entwickeln und gewähren zu lassen, sondern die in jeder Lebensphase immer wieder mit unzähligen Ermahnungen in diesen Wachstums- und Entwicklungsprozeß eingriffen und dadurch diese von Natur her sehr sensitiven, empfindsamen, meist geistig hochbegabten Kinder in ihrer eigenen Entfaltung wesentlich behinderten" (JORES, 1976, S. 280). Die Persönlichkeit der Mütter magersüchtiger Kinder wird von fast allen der aufgeführten Autoren untersucht: sie werden meist als überbehütend und dominant, große Leistungsansprüche stellend, dargestellt, seien andererseits aber affektiert und labil. GENSICKE (1979) spricht von überwiegend "overprotectiven" oder autoritär-diktatorischen Müttern. Gegenüber den Kindern sei sie nur in 47 % als affektiv zugewandt und in 49 % als zurückweisend eingestuft worden. SPERLING u. MASSING (1972) fanden in Magersuchtfamilien immer eine einseitig Dominanz ausübende Person, die ganz überwiegend weiblichen Geschlechts gewesen sei: "Entscheidend ist, daß die Magersuchtneurose durch die pathogene Ideologie einer weiblichen Person vermittelt wird"(S. 363). In dieser Arbeit wird auch die gegenüber dem Durchschnitt doppelt so häufige Berufstätigkeit der Mutter hervorgehoben. SPERLING (1965) fand in 12 von 16 Familien einen entscheidenden Einfluß einer Großmutter (8mal mütterlicherseits, 4mal väterlicherseits). 7mal wohnte sie zur Zeit des Ausbruchs der Erkrankung noch in der Familie. In den restlichen Familien seien dominante Ersatzfiguren wie Erb- oder Großtanten anzutreffen gewesen. Maxime der Großmutter sei gewesen, daß die Tochter bzw. Schwiegertochter nichts richtig konnte, vor allem nicht richtig kochen. RICHTER (1965) betont die Bedeutung, die die Beziehung zur Mutter für die Tochter hat: "Bei allem, was sie fühlt und tut,

ist immer die Phantasie führend: Was bedeutet das für meine Mutter? Ein persönliches Selbst kann eigentlich nur in einer gleichzeitigen Selbst-Zerstörung realisiert werden" (S. 109). Nach OVERBECK (1979) werde der Kampf um Autonomie durch eine Familiennorm erschwert, bei der persönlich geäußerte Wünsche, Bedürfnisse und Interessen nicht zugelassen würden. "Die Störung der Selbst-Objekt-Differenzierung geht aus der frühen Mutter-Kind-Beziehung hervor und ist die Folge einer lebensgeschichtlich verständlichen, gestörten Entwicklung der Mutter zu primärer Mütterlichkeit. Durch mystifizierende und bindende Strategien wird eine symbiotisch-antagonistische Beziehung zwischen Mutter und Kind perpetuiert" (S. 237). Die Väter magersüchtiger Kinder werden meist als schwach, kontaktscheu und arbeitsam (BABA, 1976), kleinmütig und ungesellig (ISHIKAWA, 1965), indifferent bzw. ablehnend geschildert. Zusammen mit außergewöhnlicher Beanspruchung im Beruf werde ihre Position und Geltung in der Familie durch häufig vorkommende chronische Krankheiten geschwächt (GENSICKE, 1979). Von SPERLING (1965) werden drei Problemkreise hervorgehoben: 1. die fehlenden Väter, oft idealisiert und daher nie erreichbar, 2. die kranken Väter, die einerseits resigniert, andererseits fordernd seien, und 3. die zwangsneurotisch-rächenden Väter. Die Väter magersüchtiger Mädchen "leiden häufiger an chronischen Erkrankungen als die Väter der Durchschnittsbevölkerung oder sind früh verstorben. Die Grundthematik der Patientinnen, das Essen als Konflikt, findet sich offenbar in einer Häufung von Magen- und Lebererkrankungen der Väter wieder. Die orale Problematik der Väter wird außerdem unterstrichen durch einen relativ hohen Prozentsatz von Trinkern" (SPERLING u. MASSING, 1972, S. 363). Nach H. BRUCH (1973) nahm der Vater häufig die Rolle des "second best" (S. 82) in der Familie ein. Von KAY et al (1967) wurde eine Häufung von Eheschwierigkeiten ("abnormal marriages") gefunden, auch schwierige äußere Faktoren wie große Enge, häufige Umzüge und wirtschaftliche Not spielten

eine größere Rolle als in einer Kontrollgruppe. GENSICKE (1979) fand auch die Ehebeziehungen häufig durch offene Konflikte oder mangelnde Aussprache belastet, aber keine erhöhte Scheidungsrate, was mit SELVINIS (1982) Eindruck korrespondiert, daß die Familien alle konventionellen gesellschaftlichen Normen achteten und sehr um den äußeren Eindruck besorgt seien, jedoch in einem ständigen Spannungszustand lebten und sich häufig um belanglose Dinge stritten, was sie als Ausdruck latenter Aggression versteht. "Alle Eltern der Magersüchtigen, die ich behandelt habe, schienen vielen der widerstreitenden Kräfte, die für unsere Gesellschaft typisch sind, zum Opfer gefallen zu sein. Niemals bin ich Eltern begegnet, die eine reife, emotionale Beziehung verband, obwohl ein oberflächlicher Beobachter oft den entgegengesetzten Eindruck gewinnen konnte" (S. 54/55). Die Beziehung des Kindes zu den Eltern sei problematisch bis belastend, die Einstellung zur Mutter zeige eine breite Skala von "gutes Einvernehmen" bis "offener Bruch": "Die Eltern sehen in den wohlerzogenen Kindern den Erfolg für ihre unermüdliche Zuwendung den Kindern gegenüber und die Bestätigung für die richtige Zielsetzung ihrer Erziehung. Die Patientinnen wiederum wiesen auf eine glückliche Kindheit hin und glaubten zumindest vor Krankheitsbeginn, den Wünschen und Vorstellungen ihrer Eltern entsprochen zu haben" (GENSICKE, 1979, S. 203). Die Erziehungsmaxime mit diskrepantem Elternverhalten schildert ergänzend SPERLING (1965): "Gleichsinnig und in Übereinstimmung mit der Grundeinstellung der Großmutter durchzieht die eheliche Beziehung der 'Magersuchteltern' die entschiedene Ablehnung der Sexualität. Dagegen wird jede Art von Leistung, vor allem schulische, gelobt" (S. 158). Ehrgeiz und Selbstbewußtsein würden in der Erziehung besonders von der Mutter gefördert, gleichzeitig der Abscheu vor allem Fleischlichen betont (SELVINI, 1982). Die oben schon erwähnten ritualisierten

Eßgewohnheiten dienten überwiegend der Kontrolle des Kindes und der Abwehr eigener Zärtlichkeitsstrebungen. Ergebnis dieser Erziehung sei, daß das Kind nicht lerne, Freude am eigenen Körper zu empfinden (SELVINI, 1965). Die Familienideologie mit harmonisierendem, überangepaßtem Verhalten und strengen moralischen Normen führe zu der Annahme, "daß im Rahmen der frühkindlichen Entwicklung die individuelle Triebbefriedigung des Kindes, die zur Entwicklung eines ungestörten Bezugs zum eigenen Körper und zur eigenen Triebhaftigkeit hinter dem Primat der Familienideologie zurückzustehen hatte" (BECKER, 1978, S. 170). Auffällig in diesem Zusammenhang ist die von CRISP (197ob) mitgeteilte Beobachtung, daß das Menarchenalter bei diesen Mädchen hochsignifikant niedriger sei als in einer Kontrollgruppe.

4. 4. FAMILIENDYNAMISCHE FORSCHUNGEN

In den letzten Jahren wurde die psychosomatische Forschung durch eine familiendynamische Betrachtungsweise erweitert und ergänzt, die intensivere Einblicke in das komplexe Geschehen innerhalb eines Familienverbandes vermittelte. Dies trifft insbesondere für die Kommunikationsstruktur von Familien mit Anorexiekranken zu. Ähnliche Forschungen in bezug auf die psychogene Fettsucht sind nicht bekannt. "Die Bedeutung der Mutter-Kind-Beziehung wurde in familiendynamischer Sicht zu einem Konzept interpersonaler Abwehr, in dem pathologische Interaktionsmodi in einer Art affektiver 'Verschränkung' eine spezielle zwischenmenschliche Dynamik psychosomatischer Störungen ausmachen, wesentlich erweitert. Insofern muß unser Konzept der individuellen Dynamik psychosomatischer Störungen durch ein Konzept der Familiendynamik psychosomatischer Erkrankungen ergänzt werden" (KUTTER, 1984, S. 562). In bezug auf die Anorexie hatte ISHIKAWA schon 1965 ausgeführt:

"Wir glauben, ... daß für die Entstehung der Krankheit die Konstitution, der Charakter und auch die geistige Situation der Patientin und ihrer Familie eine große Rolle spielen" (S. 155). KAY et al hatten 1967 vorgeschlagen, die Basis für eine Familiendiagnose ("family diagnosis") zu schaffen, denn "it is a striking fact that most of the abnormal marriages were without any doubt disturbed from the very beginning. This surely supports the validity of the clinical impression that these mothers were markedly involved with the child,who consequently grew up in an abnormal setting which impeded psychological development" (S. 138). 1973 formulierte HILDE BRUCH als Ergebnis ihrer Arbeit mit den hier geschilderten psychosomatischen Erkrankungen, daß die Angabe von biografischen Daten nicht mehr genüge, sondern daß die wichtigsten Transaktionen in der Familie untersucht werden müßten. Um die vielfältigen Interaktionen zu beschreiben, sei es angebracht, von Systemen zu sprechen (S. 74). MARA SELVINI PALAZZOLI war über die Beschäftigung von Literatur zur familientherapeutischen Behandlung von Schizophrenen zur systemischen Betrachtungsweise gelangt und hatte ihre Erfahrungen und Ergebnisse mit Familien mit einem anorektischen Kind in dem Buch "Self-Starvation" 1978 dargestellt. In solchen Familien bestehe ein gestörtes Kommunikationssystem, in dem die Patientin eine Vermittlerrolle zwischen den Eltern übernehmen müsse, dieser aber nicht gerecht werden könne. Ablehnung von Botschaften anderer Familienmitglieder komme häufig vor, es bestehe ein Widerwille zur Übernahme einer Führungsrolle. Als zentrales und schwierigstes Problem gebe es ein "Bündnisspiel": "Es ist die Grundlage einer großen Zahl geheimer Regeln, die niemals erwähnt oder auch nur angedeutet werden dürfen und zahlreiche verzerrte Verhaltensmuster zur Folge haben" (SELVINI, 1982, S. 243). Deutsche Autoren haben sich zur gleichen Zeit mit dieser Thematik befaßt, hier

sind SPERLING, MASSING und OVERBECK zu nennen. Als Pionier der Familienforschung hierzulande kann STIERLIN (1975) gelten. Den familiendynamischen Aspekt bei Anorexiekranken betont FELDMANN: "Man wird die Eltern aber nicht nur als individuelle Bezugspersonen, die für die Entwicklung des Kindes bedeutsam sind, sehen dürfen, sondern man muß darüber hinaus die Familie als Ganzes mit ihrem System von Interaktionen in den Blick bekommen. Es zeigt sich dann ..., daß in den Familien der Anorexiekranken kaum echte dyadische Beziehungen möglich sind, sondern nur wechselnde dyadische 'Koalitionen'. Dyadische Koalitionen haben die Besonderheit, daß sie jeweils ein anderes Familienmitglied ausschließen und von diesem deshalb als Komplott empfunden werden" (1977, S. 275).

Die ausführlichste Darstellung von familiären Interaktionsmustern bei psychosomatischen Familien, dargestellt vor allem am Krankheitsbild der Anorexia nervosa, stammt von den amerikanischen Autoren MINUCHIN, ROSMAN und BAKER (1978), in deutscher Übersetzung 1982 erschienen. Sie entwickelten einen familientherapeutischen Ansatz, ausgehend von der Beschäftigung mit jugendlichen Diabetikern und asthmakranken Kindern und deren Familien. Später wurden Anorektikerinnen einbezogen und die anorektische Familie als Modell für die familiären Transaktionsmuster bei psychosomatischen Erkrankungen dargestellt. "Die Art und Weise, wie die Familie funktioniert, ist daher von größter Tragweite für die Entwicklung des einzelnen. Die Transaktionsmuster der Familie sind die Matrix für sein seelisch-geistiges Wachstum" (S. 69). Bestimmte gemeinsame, Somatisierung fördernde Merkmale werden beschrieben. Sie bestehen in:

a. Verstrickung: In den Familien bestehe ein extremes Maß an Nähe und Intensität bei allen Interaktionen mit der Folge, daß die Grenzen innerhalb der Subsysteme (eheliches Subsystem, elterliches S., geschwisterliches S.) unklar ausgebildet seien.

Daraus folge eine mangelnde Differenzierung untereinander und gegenüber der eigenen Person.

b. Überfürsorglichkeit: Fürsorge und Schutz würden ständig auf den Plan gerufen und gewährt. "Die überfürsorgliche Haltung der Eltern in solchen Familien steht der Ausbildung von Autonomie und Kompetenz der Kinder entgegen und wirkt sich hemmend auf deren Aktivitäten und Interessen außerhalb des sicheren Schoßes der Familie aus" (S. 44).

c. Starrheit: Den Familien sei viel daran gelegen, den status quo zu bewahren. Zu größten Schwierigkeiten komme es deshalb, wenn Veränderungen in Einstellung und Verhalten notwendig werden (z. B. bei Adoleszenz eines Kindes).

d. Konfliktvermeidung: Es werde größter Wert auf Übereinstimmung und Harmonie gelegt, Konflikte würden vermieden, Meinungsverschiedenheiten nicht ausgetragen.

Der"Symptomträger"(S. 46) werde regelmässig in ganz bestimmter Weise in den elterlichen Konflikt einbezogen: "Eltern, denen es nicht möglich ist, direkt miteinander zu verhandeln, schließen sich in der Sorge um ihr krankes Kind zusammen und vermeiden auf diesem Umweg die zwischen ihnen bestehenden Konflikte" (S. 46). Als Formen der Konfliktvermeidung durch Einbeziehung des Kindes in die elterlichen Transaktionen werden beschrieben:

Triangulation: beim Konflikt der Eltern wird das Kind zur Parteinahme gezwungen, d. h. es wird in die Lage gebracht, sich für ein Elternteil und damit gegen das andere auszusprechen.

Koalition mit dem Kind: bei elterlichen Konflikten wird ein stabiles Bündnis mit dem Kind gegen den anderen Partner eingegangen, der Bündnispartner kann wechseln (diesen Sachverhalt hat FELDMANN mit dem Begriff von den wechselnden dyadischen Koalitionen umschrieben, s. o.).

Konfliktumleitung: die elterliche Dyade ist scheinbar geeint,

die Konflikte werden aber hinter einer schützenden und tadelnden Haltung gegenüber dem kranken Kind verborgen, das als das einzige Problem der Familie gilt.

Der familiendynamische Ansatz ist hier so ausführlich geschildert worden, weil sich daraus sowohl für die Diagnostik als auch für die Therapie weitreichende Folgerungen ergeben.

5. FRAGESTELLUNG

Die vorliegende retrospektive Studie befaßt sich mit den frühen Entstehungsbedingungen (der Psychogenese) von zwei zum oralen Symptomenkomplex gehörenden psychosomatischen Erkrankungen, der psychogenen Magersucht und der psychogenen Fettsucht. Dabei sollen die für die Entstehung neurotischer Erkrankungen (z. B. SCHULTZ-HENCKE, SCHWIDDER, RIEMANN, ELHARDT) mitentscheidenden Faktoren bei beiden Erkrankungen untersucht und miteinander verglichen werden. Die beiden Krankheitsbilder bieten sich zum Vergleich an, weil die Grundthematik (Essen als Konflikt) die gleiche ist, aber zu völlig gegensätzlichen Symptomen führt. Ziel der Untersuchung ist es, Unterschiede, aber auch Gemeinsamkeiten, in der frühkindlichen Entwicklung herauszuarbeiten. Auch die soziale Situation soll in die Untersuchung einbezogen werden.

Der Sinn einer solchen Fragestellung ergibt sich aus der von Tiefenpsychologen gefundenen Einsicht über die Bedeutung der Kindheit für die spätere Entwicklung: "Leiden und Symptomatik neurotisch Erkrankter erwiesen sich nicht nur von aktuellen Erlebnissen bestimmt, sondern als ein von früher Kindheit an geschichtetes, komplex verwobenes Erlebensgefühl. In jeder Neurose ist daher unverarbeitete Vergangenheit aktuell und gegenwärtig, wenn auch unbewußt, und daher nicht ohne weiteres einer Verarbeitung zugänglich" (ELHARDT, 1963, S. 63).

Ziel der Untersuchung ist die Überprüfung und Erweiterung von Kenntnissen über die Eigenschaften von Beziehungspersonen, die Objektbeziehungen und die die kindliche

Entwicklung beeinflussenden Erlebnisse und Verhaltensweisen in der Familie.

Nach der vorliegenden Literatur sind Unterschiede in den sozialen Bedingungen der Familie zu erwarten. Auch bei der Untersuchung der frühen Kindheit der Patienten werden deutliche Unterschiede beschrieben, die insbesondere die Familienatmosphäre und die Eigenschaften der Familienmitglieder betreffen.

Daraus folgernd wird die Hypothese aufgestellt, daß die psychogenetischen Bedingungen Magersüchtiger und Fettsüchtiger unterschiedlich sind, daß sich in einzelnen Punkten aber auch Ähnlichkeiten finden lassen.

6. EIGENE UNTERSUCHUNGEN

6. 1. STICHPROBEN, MATERIAL und METHODIK

Der Untersuchung liegen tiefenpsychologische Anamnesen von 40 Fettsüchtigen und 39 Magersüchtigen zugrunde, teilweise lagen auch Arztbriefe vor. Es handelt sich um Patienten, die zur stationär-psychotherapeutischen Behandlung überwiesen wurden. Im einzelnen wurden die 39 Magersuchtpatienten zwischen 1966 und 1975 auf die Psychosomatische Station der Medizinischen Universitätsklinik in Freiburg-Breisgau in Umkirch aufgenommen, ebenso zwischen 1967 und 1975 18 der 40 Fettsüchtigen. Die Überweisungen erfolgten überwiegend von Medizinischen Kliniken nach internistischer Behandlung oder von niedergelassenen Ärzten. 22 der adipösen Patienten wurden zwischen 1970 und 1974 in das Niedersächsische Landeskrankenhaus Tiefenbrunn (Fachklinik für psychogene und psychosomatische Erkrankungen) bei Göttingen aufgenommen. Die Anamnesen dieser Patienten wurden im dortigen Archiv bearbeitet. Beide Kliniken arbeiten nach analytisch orientierten Grundsätzen, so daß die durch die biografischen Anamnesen erhobenen Daten vergleichbar sind.

Nach Durchsicht der Anamnesen wurde ein halbstandardisierter Fragebogen entworfen (s. Anlage). In diesen wurden jeweils die Angaben aus den Anamnesen übertragen, um die einzelnen Daten der beiden Patientengruppen miteinander vergleichen zu können. Neben Angaben zur sozialen Situation als allgemeiner Orientierung wurde der Schwerpunkt auf die für die frühkindliche Entwicklung wichtigen Bereiche gelegt. Die anamnestischen Angaben wurden nach der Methode der Inhaltsanalyse (LISCH u. KRIZ,

1978; TIEMANN, 1984) erfaßt und bearbeitet.

Eine ausführliche Darstellung anderer Variablen, wie Persönlichkeitsstruktur, Erkrankungsalter und -dauer sowie Vorerkrankungen und auslösende Situation, findet sich bei DURIAN (1983).

Die dieser Untersuchung zugrundeliegenden Anamnesen wurden in beiden Kliniken von verschiedenen psychoanalytisch ausgebildeten oder sich in psychoanalytischer Ausbildung befindlichen Ärzten und Psychologen erhoben. Die Diagnosen wurden später von einem erfahrenen Psychoanalytiker überprüft und ggf. ergänzt.

Somit lagen zu Beginn der Untersuchung feststehende Untersuchungsergebnisse vor. Die Diagnosen, insbesondere die Einordnung in eine der beiden zu untersuchenden Krankheitsgruppen, waren somit gesichert. Bei der Erstellung des Fragebogens lag ein Problem darin, daß zu unterschiedlichen Bereichen gelegentlich keine Angaben vorlagen. Da dies aber beide Krankheitsgruppen gleichermaßen betrifft, ist eine Vergleichbarkeit dennoch gegeben.

7. ALLGEMEINE SOZIALE SITUATION

7.1. ALTER

Das Alter der Fettsüchtigen bei Anamnesenerhebung lag zwischen 16 und 43 Jahren, das Durchschnittsalter betrug 26,73 Jahre, während die Magersüchtigen zwischen 14 und 33 Jahre alt waren, was einem Durchschnittsalter von 22,49 Jahren entspricht. Damit sind die Fettsüchtigen bei dieser Studie zum Zeitpunkt der Diagnostik durchschnittlich älter als die Patienten in der Gruppe der Magersüchtigen.

7. 2. GESCHLECHT

Geschlecht	Adipositas	Anorexie
männlich	9 (22,5 %)	1 (2,56 %)
weiblich	31 (77,5 %)	38 (97,43 %)

Bei beiden Krankheitsgruppen überwiegt das weibliche Geschlecht, bei der Fettsucht sind jedoch deutlich mehr männliche Patienten betroffen als bei der Magersucht.

7. 3. GEBURTSJAHRGANG

Mit der Untersuchung des Geburtsjahrganges kann man den Einfluß von soziokulturellen Einflüssen erfassen. Die wirtschaftliche und politische Situation während der Geburt war sicher nicht unbedeutend für die frühkindliche Entwicklung und kann Erziehungsstil und Entwicklungsbedingungen beeinflußt haben. Mit der hier vorgenommenen Einteilung wurde versucht, die unterschiedlichen politischen und wirtschaftlichen Gegebenheiten der hier vertretenen Geburtsjahrgänge zu erfassen. Bei der Einteilung wurde für zweckmässig gehalten, die Zeit der Weimarer Republik, des Dritten Reiches, des Zweiten Weltkrieges und der

Nachkriegs- und Aufbauzeit zu unterscheiden.

Geburtsjahr	Adipositas		Anorexie
1926 - 1932	4 (10,0 %)		0
1933 - 1938	4 (10,0 %)		2 (5,13 %)
1939 - 1945	10 (25,0 %)		10 (25,64 %)
1946 - 1956	22 (55,0 %)	46-57	27 (69,23 %)

Bei beiden Erkrankungen finden sich die meisten Patienten unter den Nachkriegsjahrgängen (1946 bis 1957). Hier ist jedoch die Magersuchtgruppe mit etwa 70 % gegenüber den fettsüchtigen Patienten mit 55 % deutlich überrepräsentiert, gleich viele Patienten sind während des 2. Weltkrieges geboren worden. Bei den Anorexia-nervosa-Patienten sind nur halb soviel Patienten wie in der Fettsuchtgruppe in der Vorkriegszeit (1933 bis 1939) geboren worden. 10 % der fettsüchtigen Patienten sind in der Zeit der Weimarer Republik geboren, bei den Magersüchtigen sind diese Geburtsjahrgänge nicht vertreten.

7. 4. FAMILIENSTAND

Familienstand	Adipositas	Anorexie
ledig	23 (57,5 %)	33 (84,61 %)
verheiratet	15 (37,5 %)	6 (15,38 %)
geschieden	1 (2,5 %)	0
verwitwet	1 (2,5 %)	0

Erwartungsgemäß ist die große Mehrzahl der Magersüchtigen ledig, nur 15 % sind verheiratet, während die Anzahl der Verheirateten bei den Fettsüchtigen 2 1/2mal so hoch ist wie bei den Magersüchtigen. Bei den Fettsüchtigen sind folglich auch deutlich weniger Patienten ledig.

7. 5. KINDERZAHL

Die meisten Patienten beider Gruppen sind kinderlos. Bei der Gruppe der Magersüchtigen gibt es nur 2mal eigene Kinder, zusammen 3. Die adipösen Patienten haben dagegen wesentlich häufiger eigene Kinder (insgesamt 13mal, zusammen 20 Kinder), was zum einen sicher Ergebnis des größeren Durchschnittsalters sein kann, zum anderen aber in deutlicher Weise die Ablehnung von Sexualität und der Übernahme der weiblichen Rolle bei den Magersüchtigen kennzeichnen kann.

7. 6. WOHNFORM

Von den Magersüchtigen leben erwartungsgemäß (da häufig jünger und sich häufig noch in Ausbildung befindlich) mehr Patienten bei den Eltern. Dies trifft für insgesamt 20 (51,28 %) der Patienten zu. 12 (30,77 %) leben allein, 5 (12,82 %) mit Partner, eine Patientin lebt mit Eltern, Partner und Kind zusammen.
Bei der Gruppe der Fettsüchtigen ergibt sich ein anderes Bild: 11 Patienten (27,5 %) leben mit den Eltern zusammen, 5 (12,5 %), die gleiche Anzahl wie bei den Magersüchtigen, mit dem Partner zusammen, jedoch 11 (27,5 %) leben mit Partner und Kind. Hier ergibt sich der größte Unterschied der beiden Gruppen. Alleinlebend sind 11 (27,5 %), fast ebenso viele wie bei den Magersüchtigen, eine Patientin lebt mit Eltern, Partner und Kind zusammen, eine Patientin im Internat.

7. 7. SCHULBILDUNG; BERUFSAUSBILDUNG, BERUFLICHE STELLUNG

Schulbildung	Adipositas	Anorexie
noch Schüler	1 (2,5 %)	11 (28,20 %)
Volkssch. o. Ab.	2 (5,0 %)	0
Volksschule	17 (42,5 %)	6 (15,38 %)
Mittl. Reife	9 (22,5 %)	10 (25,64 %)
Abitur	10 (25,0 %)	12 (30,77 %)
keine Angaben	1 (2,5 %)	0

Bei der Gruppe der magersüchtigen Patienten sind erwartungsgemäß mit 11 Patienten (28,2 %) sehr viele noch Schüler (davon 10 in der Oberschule, 1 auf der Realschule), während in der Gruppe der Fettsüchtigen nur 1 Patient mit dem Status Schüler (2,5 %) zu finden ist. 2 Fettsüchtige (5 %) haben die Volksschule ohne Abschluß verlassen. Einen Volksschulabschluß haben 17 Fettsüchtige (42,5 %), aber nur 6 Magersüchtige (15,38 %). Ähnlich viele Patienten haben die Schule mit der mittleren Reife beendet.
Wie die Tabelle zeigt, haben Magersüchtige etwas häufiger die Schulbildung mit dem Abitur abgeschlossen. Insgesamt ergibt sich eine höhere Schulbildung bei der Gruppe der Anorexiekranken.

Ähnliche Unterschiede finden sich bei den Angaben in bezug auf die Sparte Berufsausbildung.

Berufsausbildg.	Adipositas	Anorexie
noch Schüler	2 (5,0 %)	15 (38,46 %)
Student	6 (15,0 %)	7 (17,95 %)
keine abg. Ausb.	11 (27,5 %)	1 (2,56 %)
Lehre abgeschl.	11 (27,5 %)	11 (28,20 %)
Fachsch. abgesch.	6 (15,0 %)	1 (2,56 %)
Hochsch. abgesch.	4 (10,0 %)	3 (7,69 %)
keine Angaben	0	1 (2,56 %)

Bei der Gruppe der Fettsüchtigen finden sich zwei Patienten (5 %), die sich noch in der Ausbildung befinden, bei den Magersüchtigen dagegen 15 (38,46 %). In beiden Gruppen finden sich ungefähr gleich viele Studenten. Keine abgeschlossene Ausbildung haben elf Fettsüchtige (27,5 %), dagegen nur ein Patient in der magersüchtigen Gruppe. Es wurden hier nur Patienten gezählt, die die Schule bereits verlassen hatten.

In beiden Gruppen haben jeweils 11 Patienten eine Lehre abgeschlossen, während 6 Fettsüchtige (15 %), aber nur ein

magersüchtiger Patient (2,56 %) einen Fachschulabschluß vorweisen können. Ähnlich ist in beiden Gruppen die Zahl der Hochschulabsolventen.

Große Unterschiede ergeben sich in der beruflichen Stellung der hier untersuchten Patienten.

Berufliche Stellung	Adipositas	Anorexie
Schüler oder Student	8 (20,0 %)	22 (56,41 %)
Studium abgebr.	2 (5,0 %)	0
Arbeiter	2 (5,0 %)	0
unt. u. mittl. Angest.	13 (32,5 %)	10 (25,64 %)
höhere Angest.	3 (7,5 %)	3 (7,69 %)
selbständig	1 (2,5 %)	0
arbeitslos	3 (7,5 %)	1 (2,56 %)
Hausfrau	6 (15,0 %)	3 (7,69 %)
arbeitsunfähig	2 (5,0 %)	0

Von den adipösen Patienten sind 8 (20 %) noch Schüler oder Student, dagegen 22 (56,41 %) bei der Gruppe der Magersuchtpatienten. Bei den Fettsüchtigen finden sich 2 Patienten (5 %), die das Studium abgebrochen haben und ebenfalls 2 (5 %), die Arbeiter sind. Beides ist in der Gruppe der Magersüchtigen nicht zu verzeichnen. In beiden Gruppen finden sich jeweils 3 höhere Angestellte, bei den Fettsüchtigen 13 (32,5 %) untere und mittlere Angestellte, bei den Magersüchtigen dagegen nur 10 (25,64 %). Von den fettsüchtigen Patienten sind 3 (7,5 %) arbeitslos, von den magersüchtigen Patienten nur 1 (2,56 %). Bei den Fettsüchtigen sind 6 (15 %) Hausfrauen, von den Magersüchtigen nur 3 (7,69 %). Selbständige und Arbeitsunfähige finden sich nur in der Gruppe der Fettsüchtigen.
Insgesamt sind magersüchtige Patienten in dieser Stichprobe weit häufiger Schüler und Studenten, was sicher auch mit dem geringeren Durchschnittsalter zusammenhängt, jedoch ist eine

Tendenz zu einer qualifizierteren Ausbildung und höherem beruflichen Standard in dieser Gruppe zu erkennen.

7. 8. SOZIALE HERKUNFT DER PRIMÄRFAMILIE

Bei der Einteilung in soziale Schichten wurde eine Dreiteilung in Unter- Mittel- und Oberschicht gewählt. Zur Unterschicht wurden gelernte und ungelernte Arbeiter gezählt, zur Mittelschicht kleine und mittlere Angestellte und Beamte sowie kleine und mittlere Gewerbetreibende. Zur Oberschicht wurden leitende Angestellte und höhere Beamte, größere Gewerbetreibende und selbstandige und freie Berufe mit hohem Einkommen gezählt.

Soziale Herkunft	Adipositas	Anorexie
Unterschicht	17 (42,5 %)	7 (17,95 %)
Mittelschicht	17 (42,5 %)	22 (56,41 %)
Oberschicht	6 (15,0 %)	10 (25,64 %)

Wie die Tabelle zeigt, kommt die Mehrzahl der Magersüchtigen aus der Mittelschicht, auch Patienten aus der Oberschicht sind stark vertreten. In dieser Stichprobe zählt die überwiegende Mehrzahl der magersüchtigen Patienten also zur Mittel- und Oberschicht, während die fettsüchtigen Patienten vorwiegend aus der Mittel- und Unterschicht kommen.

8. PSYCHOGENETISCHE FAKTOREN

Nachdem zunächst der soziale Rahmen der in die Untersuchung einbezogenen Patienten skizziert wurde, sollen jetzt die psychogenetischen Faktoren im engeren Sinne dargestellt werden.

8. 1. SOZIALE SITUATION BEI DER GEBURT

Bei den Schilderungen der Patienten über die wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse der Eltern in der frühen Kindheit wurden Einschätzungen vorgenommen, um Anhaltspunkte für die während der Geburt vorhandenen sozioökonomischen Bedingungen der Familien der Patienten zu erhalten.

Soziale Sit. b. d. Geburt	Adipositas	Anorexie
gute soz. Sit.	16 (40,0 %)	21 (53,34 %)
schwierige "	22 (55,0 %)	18 (46,15 %)
nicht bekannt	2 (5,0 %)	0

Die soziale und wirtschaftliche Situation der Eltern magersüchtiger Patienten bei der Geburt ist deutlich besser als bei den Eltern fettsüchtiger Patienten, was auch mit der Zugehörigkeit zur sozialen Schicht der Primärfamilie im Einklang steht. Bei den Magersüchtigen wird die soziale und wirtschaftliche Situation bei 21 Patienten (53 %) als gut eingestuft, während dies bei den Fettsuchtpatienten nur bei 16 Patienten (40 %) möglich ist. Als schwierig wird die soziale Situation bei 46 % der Magersüchtigen, aber bei 55 % der Fettsüchtigen eingeschätzt.

8. 2. STÖRUNGEN BEI SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT - GEBURTSSTATUS

Bei der Frage nach Schwangerschafts- und Geburtsverlauf waren in den Anamnesen sehr häufig keine Angaben zu erhalten. Wegen der Bedeutung dieser Frage soll hier dennoch die gefundene Tendenz aufgezeigt werden.

Störungen bei Schwangerschaft	Adipositas	Anorexie
ja	5 (12,5 %)	0
nein	9 (22,5 %)	12 (30,77 %)
keine Angaben	26 (65,0 %)	27 (69,23 %)

Von den Fettsuchtkranken werden Störungen während der Schwangerschaft in 12,5 % angegeben, während die Magersüchtigen auf eine solche Frage häufiger mit nein (30,77 %) antworten.

Geburtsverlauf	Adipositas	Anorexie
normal	15 (37,5 %)	14 (35,90 %)
mit Störungen	7 (17,5 %)	11 (28,20 %)
keine Angaben	18 (45,0 %)	14 (35,90 %)

Die Angaben über einen normalen Geburtsverlauf sind nahezu identisch. Von Störungen der Geburt, wozu Früh- und Spätgeburten,sehr lange Geburten, Sectio, Zangengeburt, Nabelschnurumschlingung und Asphyxie gezählt werden, berichten 7 (17,5 %) der Fettsüchtigen, aber 11 (28,20 %) der Magersüchtigen.

Es bleibt festzuhalten, daß bei Magersüchtigen die Geburt häufiger mit Störungen verläuft. Nicht erfaßt wurden Ereignisse, wie z. B. die Angabe, daß vor der Geburt des Patienten

7 Fehlgeburten stattgefunden hatten, eine Fettsüchtige hatte über eine Wochenbettpsychose ihrer Mutter berichtet bei sonst normaler Geburt.

Geburtsstatus	Adipositas	Anorexie
ehelich	32 (80,0 %)	38 (97,43 %)
unehel. o. voreh.	3 (7,5 %)	1 (2,56 %)
außerehelich	1 (2,5 %)	0
keine Angaben	4 (10,0 %)	0

Auch beim Geburtsstatus ergeben sich deutliche Unterschiede in den beiden Krankheitsgruppen: Während bei den Fettsüchtigen 32 (80 %) der Patienten ehelich geboren sind, sind es bei den Magersüchtigen 38 (97 %). Berücksichtigt man jedoch die Häufigkeit von fehlenden Angaben bei den Adipösen, dann fällt der Unterschied etwas geringer aus, denn dann ist die Anzahl der ehelich geborenen bei den Fettsüchtigen 88 %. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, daß bei den Fettsüchtigen 5 (12,5 %) der Patienten vorehelich gezeugt wurden, bei den Magersüchtigen jedoch nur 1 (2,56 %). Bei den Fettsüchtigen ist die Schwangerschaft damit häufiger der Heiratsgrund. Uneheliche oder voreheliche Geburten sind bei fettsüchtigen Patienten (7,5 %) häufiger als bei magersüchtigen Patienten (2,56 %). Bei den adipösen Patienten gibt es zudem eine außereheliche Geburt.

8. 3. EINSTELLUNG ZUR GEBURT DES KINDES

Auch hier gibt es häufig keine Angaben, so daß die Befunde nur Hinweise geben können.

Einstellung zur Geburt d. Kind.	Adipositas	Anorexie
erwünscht	3 (7,5 %)	3 (7,69 %)
nicht erwünscht	11 (27,5 %)	4 (10,26 %)
Kind ja/ Geschlecht nein	5 (12,5 %)	4 (10,26 %)
keine Angaben	21 (52,5 %)	28 (71,79 %)

Fettsüchtige Patienten haben die Frage, ob sie als Kind erwünscht gewesen seien, 11mal (27,5 %) mit nein beantwortet. Magersüchtige Patienten bezeichnen sich dagegen nur 4mal (10,26 %) als nicht erwünscht.
Bei den übrigen Angaben finden sich keine bemerkenswerten Unterschiede.

8. 4. ALTER DER ELTERN BEI DER GEBURT

8. 4. 1. MÜTTER

Alter	Adipositas	Anorexie
unter 20 J.	3 (7,5 %)	0
20 - 30 J.	22 (55,0 %)	20 (51,28 %)
31 - 35 J.	6 (15,0 %)	9 (23,08 %)
36 - 40 J.	1 (2,5 %)	5 (12,82 %)
über 40 J.	4 (10,0 %)	2 (5,13 %)
keine Angaben	4 (10,0 %)	3 (7,69 %)
Durchschnittsalter	27,81 J.	30,39 J.

Deutliche Unterschiede finden sich im Alter der Eltern bei der Geburt. Bei den Müttern Fettsüchtiger ergibt sich ein Durchschnittsalter von 27,81 Jahren, wobei am häufigsten (55 %) das Alter der Mutter bei der Geburt zwischen 20 und 30 Jahren liegt. Allerdings gibt es auch sehr junge (7,5 % unter 20 Jahren) und sehr alte (10 % über 40 Jahre) Mütter. Bei den Müttern der Magersüchtigen liegt das Durchschnittsalter mit 30,39 Jahren deutlich höher. Auch hier sind die meisten Mütter zwischen 20 und 30 Jahre alt (51 %). Es finden sich jedoch keine Mütter unter 20 Jahren, aber eine sehr große Gruppe von ca. 36 % ist zwischen 31 und 40 Jahre alt. Bei den Müttern fettsüchtiger Kinder trifft dies nur in 17,5 % zu.

8. 4. 2. VÄTER

Alter	Adipositas	Anorexie
unter 20 J.	1 (2,5 %)	1 (2,56 %)
20 - 30 J.	16 (40,0 %)	7 (17,95 %)
31 - 35 J.	7 (17,5 %)	15 (38,46 %)
36 - 40 J.	6 (15,0 %)	6 (15,38 %)
über 40 J.	6 (15,0 %)	8 (20,51 %)
keine Angaben	4 (10,0 %)	2 (5,13 %)
Durchschnitts-alter	32,25 J.	34,46 J.

Auch hier finden sich ähnlich gravierende Unterschiede. Das Durchschnittsalter von Vätern fettsüchtiger Patienten liegt mit 32,25 Jahren unter dem Durchschnittsalter der Väter der magersüchtigen Patienten (34,46 Jahre). Dabei ist der auffälligste Befund eine deutliche Betonung der Altersgruppe der 20- bis 30jährigen (40 %) bei den Fettsüchtigen und der 31- bis 35jährigen (38 %) bei den Vätern magersüchtiger Patienten.

Die Eltern magersüchtiger Kinder sind also im Durchschnitt älter als die Eltern fettsüchtiger Patienten.

8. 5. STILLEN
FRÜHKINDLICHE ENTWICKLUNG

Stillen	Adipositas	Anorexie
nein	2 (5,0 %)	7 (17,95 %)
ja	15 (37,5 %)	16 (41,02 %)
keine Angaben	23 (57,5 %)	16 (41,02 %)

Eine ähnlich große Anzahl von Patienten, die angeben, gestillt worden zu sein, findet sich in beiden Gruppen. Tendenzielle Unterschiede finden sich in begleitenden Angaben wie z. B. der von magersüchtigen Patienten, die 4mal bei dieser Frage

hinzugefügt hatten, nur kurz gestillt worden zu sein (kurz kann dabei auch nur einen Tag bedeuten). Von den fettsüchtigen Patienten berichten 2, daß sie sehr lange (2 bzw. 2 1/2 Jahre lang) gestillt worden seien, 2 andere seien durch eine Amme gestillt worden.

Frühkindliche Entwicklung	Adipositas	Anorexie
Ernährungsstörung	7 (17,5 %)	8 (20,51 %)
körpl. Erkrg., Krankenhaus- od. Heimaufenthalte	12 (30,0 %)	8 (20,51 %)
keine Störungen	1 (2,5 %)	7 (17,95 %)
Sonstiges	2 (5,0 %)	5 (12,82 %)
keine Angaben	21 (52,5 %)	11 (28,20 %)

In beiden Gruppen konnten Ernährungsstörungen in der Kindheit erfragt werden (17,5 % bei den fettsüchtigen Patienten, 20,5 % bei den magersüchtigen Patienten). Diese Angaben reichen von "spindeldürr" und "schlechter Esser" bis Verstopfung und Durchfall mit Erbrechen. Bei den Fettsuchtpatienten (30 %) finden sich häufiger als bei den Magersuchtpatienten (20,5 %) körperliche Erkrankungen, Krankenhaus- oder Heimaufenthalte bis zum 6. Lebensjahr. Im einzelnen handelt es sich um Unterernährung, Aufenthalt im Kinderheim, Diabetes mellitus, Bronchitis, Gelenkrheuma, Meningitis, Sprachstörungen und Diphtherie.

DieAntwort'keine Störungen' geben Magersüchtige (18 %) wesentlich häufiger als Fettsüchtige (2,5 %). Bemerkenswert sind auch die unter 'Sonstiges' zusammengefaßten Ereignisse aus der frühen Entwicklung. Hier wurden Entwicklungsschritte, die von den Eltern häufig stolz erwähnt wurden, die aber auch Einblick in die Erwartungshaltung und die Eltern-Kind-Interaktion geben, zusammengefaßt. Besonders häufig wurde der Begriff "früh sauber" erwähnt, dies geschah bei den Magersuchtpatienten mit 12,8 % auch häufiger als bei den Fettsuchtpatienten mit 5 %.

8: 6. VERFÜGBARKEIT DER MUTTER ANDERE BEZIEHUNGSPERSONEN

Verfügbarkeit der Mutter	Adipositas	Anorexie
nicht berufstätig	9 (22,5 %)	10 (25,64 %)
überwiegend "	16 (40,0 %)	13 (33,33 %)
teilzeitbeschäft.	1 (2,5 %)	0
im eig. Betrieb mith.	1 (2,5 %)	5 (12,82 %)
keine Angaben	13 (32,5 %)	11 (28,20 %)

Bei der Frage nach der Verfügbarkeit der Mutter ergibt sich kein einheitliches Bild. Die Mütter fettsüchtiger Patienten scheinen häufiger (40,0 %) überwiegend berufstätig gewesen zu sein als die Mütter magersüchtiger Patienten (33 %), nimmt man jedoch die Sparte 'im eigenen Betrieb mithelfend' hinzu, so ist der Unterschied nicht mehr so deutlich, zeigt jedoch, daß in den Familien magersüchtiger Kinder ein eigener Betrieb häufiger den Stundenplan aller Familienmitglieder bestimmt (12,8 %).

Andere Bezieungspersonen	Adipositas	Anorexie	
Großeltern	13 (32,5 %)	19 (48,72 %)	
Onkel, Tanten	4 (10,0 %)	5 (12,82 %)	
Pflegeeltern bzw. Nachbarn	1 (2,5 %)	2 (5,13 %)	
ält. Geschw. oder Halbgeschw.	0 (	1 (2,56 %)	
in der Wohngemeinschaft	15 (37,5 %)	16 (41,02 %)	
außerhalb d. "	3 (7,5 %)	1 (2,56 %)	
		5 (12,82 %)	nicht defin.
keine Angaben	22 (55,0 %)	17 (43,58 %)	

Die Bedeutung von anderen Beziehungspersonen, die nicht nur für die Kinder, sondern auch für das Klima in der Familie bedeutungsvoll sein können, ist bei den beiden Gruppen deutlich zu unterscheiden. So fällt auf, daß Großeltern in den Familien Magersüchtiger mit 48,7 % eine deutlich größere Rolle spielen

als in Familien Fettsüchtiger (32,5 %).
Vergleicht man jedoch nur die Patienten miteinander, die Angaben über Beziehungspersonen gemacht haben, so sind die Unterschiede nicht mehr zu finden. Bei den Adipösen wurden von 18 Patienten Angaben hierzu gemacht, von den Magersüchtigen waren Angaben hierzu von 27 Patienten zu erhalten. Von beiden Gruppen sind unter Berücksichtigung dieser verkleinerten Stichproben in 70 % Großeltern als Beziehungspersonen genannt worden. Ein Unterschied besteht dann lediglich noch in dem bei Magersüchtigen erhobenen Befund, daß häufiger mehrere andere Beziehungspersonen vorhanden waren.

8. 7. ERKRANKUNGEN DER ELTERN

8. 7. 1. MÜTTER

Erkrankung der Mutter	Adipositas	Anorexie
keine Erkrankg.	3 (7,5 %)	2 (5,13 %)
organ. "	4 (10,0 %)	4 (10,26 %)
psychogene od. psychosom. E.	6 (15,0 %)	10 (25,64 %)
Alkoholismus	1 (2,5 %)	0
beide Eltern krank	6 (15,0 %)	8 (20,51 %)
keine Angaben	22 (55,0 %)	15 (38,46 %)

Die Mütter magersüchtiger und fettsüchtiger Kinder leiden etwa gleich häufig an organischen Erkrankungen (10 %). Es wurden Leberleiden, Diabetes, Herz- und Gallenleiden berichtet. Psychogene oder psychosomatische Erkrankungen (Beispiele: Nervenzusammenbruch, Kopf- und Rückenschmerzen, Ulcus, Ängste und Depressionen, Psychosen, Migräne) kommen bei den Müttern magersüchtiger Kinder häufiger vor (25,6 %) als bei den Müttern Fettsüchtiger (15 %), über Alkoholismus der Mütter wird von 2,5 % der Fettsuchtpatienten berichtet.

8. 7. 2. VÄTER

Erkrankung des Vaters	Adipositas	Anorexie
keine Erkrankg.	3 (7,5 %)	2 (5,13 %)
organ. "	4 (10,0 %)	9 (23,08 %)
psychogene od. psychosom. E.	5 (12,5 %)	6 (15,38 %)
Alkoholismus	2 (5,0 %)	1 (2,58 %)

Hier finden sich deutliche Unterschiede bei den Angaben über organische Erkrankungen. Die Väter der magersüchtigen Patienten leiden wesentlich häufiger unter solchen Erkrankungen (23 %) als die Väter fettsüchtiger Patienten (10 %). Bei den psychogenen oder psychosomatischen Erkrankungen sind die Unterschiede nicht so ausgeprägt. Hierbei werden Herz-, Magen- und Leberleiden bei den Vätern magersüchtiger Patienten am häufigsten angegeben. Alkoholismus der Väter kommt in beiden Gruppen vor. 5 % der Väter der fettsüchtigen Patienten und 2,56 % der Väter der magersüchtigen Patienten sind davon betroffen.

8. 8. TODESFÄLLE IN DER FAMILIE (BIS ZUM 15. LEBENSJAHR)

Todesfälle i. d. Familie	Adipositas	Anorexie
keine	9 (22,5 %)	6 (15,38 %)
Vater	3 (7,5 %)	6 (15,38 %)
(davon im Krieg)	2	2
Mutter	1 (2,5 %)	0
Geschwister	1 (2,5 %)	0
Großeltern	4 (10,0 %)	5 (12,82 %)
Onkel, Tanten	1 (2,5 %)	0
keine Angaben	21 (52,5 %)	22 (56,41 %)

Die Väter sind in den ersten 15 Lebensjahren bei 3 Patienten (7,5 %) der Fettsuchtgruppe, aber doppelt so häufig (15 %) in den Magersuchtfamilien gestorben. Dieser Befund ist für die Entwicklung der Kinder sicher nicht unbedeutend, es können

sich auch weitreichende wirtschaftliche Folgen daraus ergeben haben. In beiden Gruppen waren jeweils 2 Väter im Krieg gefallen. Die Mutter ist dagegen nur einmal in der Gruppe der Fettsüchtigen gestorben, in dieser Gruppe ist auch einmal ein Geschwisterkind gestorben. Der Tod von Großeltern, die häufig auch in der gleichen Wohngemeinschaft leben und deren Verlust somit große psychodynamische Bedeutung haben kann, kommt in beiden Gruppen ähnlich häufig vor.

8. 9. SCHEIDUNG ODER TRENNUNG DER ELTERN

Trennung	Adipositas	Anorexie
nein	28 (70,0 %)	34 (87,18 %)
leibl. Vater unbekannt	1 (2,5 %)	0
Trennung oder Scheidung	7 (17,5 %)	3 (7,69 %)
(davon durch Krieg)	4 (10,0 %)	1 (2,56 %)
keine Angaben	0	1 (2,56 %)

Bei den Eltern fettsüchtiger Patienten kommt es häufiger zu Trennungen oder Scheidungen als bei den Eltern magersüchtiger Patienten. Durch den Krieg wurden bei den Fettsüchtigen außerdem mehr Eltern getrennt als bei den Magersüchtigen.

8. 10. STELLUNG IN DER GESCHWISTERREIHE

ANZAHL DER GESCHWISTER UND ALTERSABSTAND

Stellg. i. d. Geschw.-Reihe	Adipositas	Anorexie
Einzelkind	8 (20,0 %)	8 (20,51 %)
1. Kind	17 (42,5 %)	11 (28,20 %)
mittl. Kind	7 (17,5 %)	8 (20,51 %)
letztes Kind	8 (20,0 %)	12 (30,77 %)

Halb- und Stiefgeschw.	Adipositas	Anorexie
9 x = 18 Geschwister	(22,5 %)	1 x = 4 Geschw. (2,56 %)

Anz. d. Geschw. mit Halb.u. Stief.	Adipositas	Anorexie
keine Geschw.	8 (20,0 %)	8 (20,51 %)
1 - 2 "	19 (47,5 %)	24 (61,54 %)
3 - 4 "	9 (22,5 %)	4 (10,26 %)
5 u. mehr "	4 (10,0 %)	3 (7,69 %)

Bei der untersuchten Stichprobe finden sich gleich viele Einzelkinder in beiden Gruppen (20 %). Die Position des mittleren Kindes zeigt keine auffälligen Unterschiede. Auffällig ist jedoch, daß bei den Adipösen die Position des ersten Kindes (40 % gegenüber 28 % bei den Magersüchtigen), bei den Magersüchtigen die Position des letzten Kindes (30 % gegenüber 20 % bei den Fettsüchtigen) überwiegt.
Wie die Tabelle zeigt, kommen in Familien mit fettsüchtigen Kindern Halb- und Stiefgeschwister wesentlich häufiger vor.

Die durchschnittliche Kinderzahl in den Familien beider Krankheitsgruppen ist etwa gleich hoch. Bei den Anorexie-Kranken beträgt sie 2,79 Kinder in der Familie, bei den Adipositas-Patienten 2,97 Kinder. Magersüchtige Patienten haben dabei häufiger 1 - 2 Geschwister, während fettsüchtige Patienten häufiger 3 - 4 Geschwister haben.

Abstand zum nächstjüng. Ge.	Adipositas	Anorexie
keine jüng. G.	16 (40,0 %)	20 (51,28 %)
0 - 1,7 J.	5 (12,5 %)	4 (10,26 %)
1,7 - 5 J.	14 (35,0 %)	13 (33,33 %)
über 5 J.	5 (12,5 %)	2 (5,13 %)

Abstand zum nächstält. G.	Adipositas	Anorexie
keine ält. G.	24 (60,0 %)	19 (48,72 %)
0 - 1,7 J.	3 (7,5 %)	8 (20,51 %)
1,7 - 5 J.	11 (27,5 %)	6 (15,38 %)
über 5 J.	2 (5,0 %)	6 (15,38 %)

Unterschiede bestehen auch beim Altersabstand. Der Abstand zum nächstjüngeren Geschwister ist bei den Fettsüchtigen häufiger mehr als 5 Jahre (12,5 %) als bei den Magersüchtigen (5,13 %), so daß fettsüchtige Patienten im Durchschnitt länger als einziges Kind in der Familie leben. Dagegen ist bei den Magersüchtigen der Abstand zum nächstälteren Geschwister sehr gering (0 - 1,7 Jahre bei 20,5 % gegenüber 7,5 % mit dem gleichen Altersabstand bei den Fettsüchtigen).

9. BEZIEHUNGEN UND KLIMA IN DER FAMILIE

Zunächst soll zu dieser Thematik eine Charakteristik der Eltern gegeben werden. Dabei werden nach den Angaben der Patienten, die der Anamnese entnommen wurden, drei verschiedene Kategorien gebildet, um beide Gruppen besser miteinander vergleichen zu können.

9.1. CHARAKTERISTIK DER MUTTER

Eigenschaften	Adipositas	Anorexie
a) weich, aufopfernd, fürsorglich, temperamentvoll, ordentlich, aktiv	14 (35,0 %)	14 (35,90 %)
b) unausgeglichen, egoistisch, streitsüchtig, einengend, streng, leistungsorientiert	20 (50,0 %)	14 (35,90 %)
c) labil, kränkbar, nervös, zurückgezogen	5 (12,5 %)	10 (25,64 %)
keine Angaben	1 (2,5 %)	1 (2,56 %)

In die erste Kategorie wurden von den Patienten gebrauchte Adjektive wie weich, aufopfernd, fürsorglich, ordentlich, aktiv, aufgenommen. Man könnte für dies Kategorie den Begriff mütterlich-fürsorglich verwenden. In die zweite Kategorie wurden die Begriffe unausgeglichen egoistisch, streitsüchtig, einengend, streng, leistungsorientiert aufgenommen. Hierfür wurde ein kühl-fordernder Muttertyp postuliert. In die dritte Kategorie schließlich wurden folgende Charakterisierungen aufgenommen: labil,kränkbar,nervös, zurückgezogen, "schluckt viel runter". Diese Mütter könnte man als unzufrieden-selbstunsicher bezeichnen. Vergleicht man nun die Angaben beider Patientengruppen miteinander, so fällt auf, daß gleich viele Mütter (35 %) der ersten Gruppe, die hier als mütterlich-fürsorglich bezeichnet wird, zuzuordnen sind, während sich die größten Unterschiede in der zweiten Gruppe, dem hier kühl-fordernd genannten Muttertyp ergeben. Zu dieser Kategorie gehören 50 % der Mütter der Fettsuchtpatienten, jedoch nur 35,8 % der Mütter magersüchtiger Patienten. Dagegen findet sich beim unzufrieden-selbstunsicheren Typ eine Betonung bei der Gruppe der Magersuchtpatienten (25,6 % gegenüber 12,5 %).

9. 2. CHARAKTERISTIK DES VATERS

Eigenschaften	Adipositas	Anorexie
a) ausgleichend, gutmütig, hilfsbereit, lustig, temperamentvoll	15 (37,5 %)	13 (33,33 %)
b) jähzornig, Durchbrüche, willkürlich, tyrannisch, autoritär, streng	16 (40,0 %)	12 (30,77 %)
c) kränkelnd, labil, Trottel, weinerlich, v. d. Fam.zurückgez.	9 (22,5 %)	10 (25,64 %)
keine ausreich. Ang.	0	5 (12,82 %)

Auch hier wurden aus den verschiedenen Angaben der Patienten zur Charakterisierung ihrer Väter drei Gruppen gebildet. Die erste Gruppe ergab sich aus den Begriffen ausgleichend, gutmütig, hilfsbereit, lustig, temperamentvoll. Hierfür wurde der Begriff herzlich-zugewandt gewählt. Zu einer zweiten Gruppe wurden Begriffe wie jähzornig mit Durchbrüchen, willkürlich, tyrannisch, autoritär und streng zusammengefaßt. Diese Väter könnte man als den autoritär-willkürlichen Vatertyp bezeichnen. Zur dritten Gruppe wurden Väter gezählt, die folgendermaßen beschrieben wurden: kränkelnd, labil, "Trottel", weinerlich, von der Familie zurückgezogen. Diese Väter sollen hier als resigniert-kränklicher Vatertyp bezeichnet werden. Die Unterschiede sind nicht ganz so ausgeprägt wie bei der Kennzeichnung der Mütter, auffällig ist aber, daß 40 % der Väter in der Gruppe der Fettsüchtigen zum autoritär-willkürlichen Vatertyp zu zählen sind, während in der Gruppe der Magersüchtigen nur 31 % diesem Typ angehören. Die Zuordnung zu den beiden anderen Gruppen weist keine gravierenden Unterschiede in beiden Krankheitsgruppen auf.
Als Ergebnis ist festzuhalten, daß in der Gruppe der Fettsüchtigen die kühl-fordernden Mütter und die autoritär-willkürlichen Väter überwiegen. Bei der Gruppe der Magersüchtigen ist eine so deutliche Tendenz nicht festzustellen. Es gibt jeweils gleich viele fürsorgliche und kühle Vater- und Mutterfiguren, die labilen Eltern sind jedoch auffällig stark vertreten (jeweils in 1/4 bei Vätern und Müttern).

9. 3. MUTTER-KIND-BEZIEHUNG

Auch hier wurden aus den Angaben der Patienten Kategorien gebildet, da die Angaben über diese Beziehung eine breite Skala von Einschätzungen umfaßte. Es wurden die Rubriken "gute Beziehung", "gespannte Beziehung", "Verwöhnung durch

die Mutter" und "Mutter nachlässig" gebildet.

Mutter-Kind-Beziehung	Adipositas	Anorexie
gute Beziehung	11 (27,5 %)	12 (30,77 %)
gespannte "	6 (15,0 %)	5 (12,82 %)
verwöhnend	6 (15,0 %)	8 (20,51 %)
Mu. nachlässig	16 (40,0 %)	11 (28,20 %)
keine Angaben	1 (2,5 %)	3 (7,69 %)

Der deutlichste Unterschied wurde in der Rubrik "Mutter nachlässig" gefunden. In dieser Weise kann die Mutter-Kind-Beziehung bei 40 % in der Fettsuchtgruppe, aber nur in 28 % der Magersuchtgruppe umschrieben werden. Eine geringere Differenz findet sich bei der verwöhnenden Haltung. Diese findet sich bei den Müttern magersüchtiger Patienten (20,5 %) etwas häufiger als in der Gruppe der Fettsuchtkranken (15 %). Auffällig ist, daß in beiden Gruppen das Mutter-Kind-Verhältnis in weniger als 1/3 als gut eingeschätzt wird. Bei einer deutlichen Minderheit jedoch (12,8 % der Magersüchtigen und 15 % der Fettsüchtigen) ist die Mutter-Kind-Beziehung auch als gespannt zu bezeichnen.

9. 4. VATER-KIND-BEZIEHUNG

Da die Angaben hier noch uneinheitlicher waren, mußten mehrere Untergruppen gebildet werden. Die Angaben "wenig Beziehung" umfaßten Ereignisse wie Tod des Vaters oder häufige Abwesenheit oder auch Enttäuschung an der Vaterfigur. Unter Idealisierung wird verstanden, daß z. B. weibliche Patientinnen angeben, sich einen Mann wie den Vater gewünscht zu haben und alles zu machen, was er sage. Mit der Vater-Kind-Beziehung "Gleichgültigkeit" werden Angaben umfaßt, wie, nie Unterstützung von ihm erfahren zu haben. Als fordernd wurde eine Vater-Kind-Beziehung bezeichnet, wenn sie von Angaben, wie "man mußte tun, was er wollte"

beherrscht war. Als gute Beziehung wurde bezeichnet, wenn Angaben über Wohlwollen, gutes Verständnis und hilfreiches Verhalten vorlagen. Ein ambivalentes Verhältnis wurde angenommen, wenn der Vater beigestanden habe bei Auseinandersetzungen mit der Mutter, jedoch gelegentlich zu viel Alkohol getrunken habe, jedoch auch Angaben wie Haßliebe.

Vater-Kind-Beziehung	Adipositas	Anorexie
wenig Beziehung	4 (10,0 %)	5 (12,82 %)
Idealisierung	4 (10,0 %)	8 (20,51 %)
Gleichgültigkeit	9 (22,5 %)	5 (12,82 %)
fordernd	8 (20,0 %)	6 (15,38 %)
sex. Mißbrauch	2 (5,0 %)	0
gute Beziehung	11 (27,5 %)	11 (28,20 %)
ambivalent	2 (5,0 %)	3 (7,69 %)
keine Angaben	2 (5,0 %)	1 (2,56 %)

In beiden Krankheitsgruppen kommen gute Beziehungen zum Vater gleich häufig vor. Deutliche Unterschiede gibt es in der Untergruppe Idealisierung: Mit diesem Begriff ist die Vater-Kind-Beziehung bei Magersüchtigen (20,5 %) doppelt so häufig zu umschreiben wie bei den Fettsüchtigen (10 %). Auch die Kennzeichnung Gleichgültigkeit weist einen deutlichen Unterschied auf, jedoch in umgekehrter Weise, denn für 22,5 % der Gruppe der Fettsüchtigen trifft diese Charakterisierung zu, jedoch nur für 12,82 % der magersüchtigen Patienten.
Sexueller Mißbrauch der Töchter kommt in der Gruppe der Fettsüchtigen 2x vor (s. auch Rubrik erster Geschlechtsverkehr).

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die Mutter-Kind-Beziehung bei den Patienten mit Adipositas häufiger durch den Begriff "nachlässig" zu charakterisieren ist, während die Vater-Kind-Beziehung dieser Patientengrupep häufig durch Gleichgültigkeit und Unterwerfung fordernd zu kennzeichnen ist. Bei der Gruppe

der Magersüchtigen kommen sowohl durch Verwöhnung und Vernachlässigung zu kennzeichnende Mutter-Kind-Beziehungen - zusammen in fast der Hälfte der Familien - vor, während die Vater-Kind-Beziehung hier häufig durch Idealisierung gekennzeichnet ist. Die als gut zu bezeichnenden Mutter-Kind- und Vater-Kind-Beziehungen kommen in beiden Gruppen und für beide Geschlechter gleich häufig (in mehr als 1/4) vor. Einschränkend ist zu vermerken, daß diese Feststellungen auch subjektive Faktoren durch den Untersucher enthält, da Angaben der Patienten in verschiedene abstrahierende und zusammenfassende Begriffe gefaßt werden mußten. Dennoch läßt sich eine Tendenz ablesen.

9. 5. VERHÄLTNIS ZU GESCHWISTERN

Verhältnis zu Geschwistern	Adipositas	Anorexie
keine vorhanden	8 (20,0 %)	8 (20,51 %)
gut	9 (22,5 %)	17 (43,59 %)
gespannt	12 (30,0 %)	5 (12,82 %)
Neid (and. Ge. wurden vorgez. od. mußten versorgt werden)	6 (12,5 %)	6 (15,38 %)
keine Angaben	5 (12,5 %)	3 (7,69 %)

Das Verhältnis zu Geschwistern wird von der überwiegenden Zahl der Magersuchtpatienten (43,6 %), jedoch von wesentlich weniger Fettsuchtpatienten (22,5 %) als gut bezeichnet, während umgekehrt 30 % der Adipösen, aber nur 12,8 % der Magersuchtpatienten ihr Verhältnis zu Geschwistern als gespannt bezeichnen. Geschwisterrivalität und Neid (andere Geschwister wurden vorgezogen oder mußten versorgt werden) finden sich gleich häufig (in 15 %).

9. 6. ERZIEHUNGSPRINZIPIEN

Hier ließen sich neben genauen Angaben über Erziehungsmaßnahmen, Erziehungsstil, dominierenden Elternteil, gelegentlich auch nur Einschätzungen oder Eindrücke zusammenfassen.

Erziehungsprinzipien	Adipositas	Anorexie
Härte (Strenge, Droh., Strafe, Prügel)	20 (50,0 %)	14 (35,90 %)
leistungsbetont	1 (2,5 %)	5 (12,82 %)
sex. Tabu	4 (10,0 %)	1 (2,56 %)
zwiesp. (Härte u. Verwöhng., nachlässig, entgegenges. Erz.-Stil	14 (35,0 %)	13 (33,33 %)
verständnisvoll	1 (2,5 %)	4 (10,26 %)
Verwöhnung	1 (2,5 %)	1 (2,56 %)
keine Angaben	3 (7,5 %)	0

Als auffälligstes Ergebnis findet sich ein mit Härte zu umschreibender Erziehungsstil (Strenge, Drohung, Strafe, Prügel, Moralisieren) in der Hälfte der Familien (50 %) der Adipösen, während dieser Kategorie 35 % der Familien mit Anorexie-Patienten zuzuordnen sind. Dagegen findet sich einerseits ein überwiegend auf Leistung achtender Erziehungsstil mit 12,8 % häufiger bei Magersuchtfamilien als bei Familien mit Fettsuchtpatienten (2,5 %), aber auch eine verständnisvolle Erziehung findet sich bei Magersuchtpatienten (10,26 %) wesentlich häufiger als bei Fettsuchtpatienten. Zwiespältiger Erziehungsstil (Härte und Verwöhnung, Nachlässigkeit, entgegengesetzter Erziehungsstil von Vater und Mutter oder anderen Beziehungspersonen) findet sich gleich häufig in jeweils etwa 1/3 der Familien. Insgesamt fällt auf, daß die Faktoren Härte und Strenge oder zwiespältige Erziehung in Fettsuchtfamilien weitaus häufiger vorkommen als in Magersuchtfamilien.

9. 7. FAMILIENATMOSPHÄRE

Familienatmosphäre	Adipositas	Anorexie
gespannt (Streit, Schläge, Spannungen, wirtsch. Sorgen, Alkohol)	19 (47,5 %)	20 (51,28 %)
Harmonisierungstendenzen	8 (20,0 %)	9 (23,04 %)
Dominanz der Mutter	7 (17,5 %)	2 (5,13 %)
Dominanz des Vaters	4 (10,0 %)	5 (12,82 %)
ausgegl. Atmosphäre	2 (5,0 %)	1 (2,56 %)

In beiden Krankheitsgruppen findet sich häufig eine gespannte Familienatmosphäre, die durch die Faktoren Streit, Schläge, wirtschaftliche Sorgen und Alkoholprobleme gekennzeichnet ist. Angaben in dieser Richtung finden sich bei 51,6 % der Familien von Magersuchtpatienten und bei 47,5 % der Familien mit Fettsuchtpatienten. Eine ausgeglichene Atmosphäre findet sich nur in einer verschwindenden Minderheit beider Krankheitsgruppen. Die sonstigen Angaben über die Familienatmosphäre sind lediglich bei der Einschätzung der Dominanz der Mutter unterschiedlich. Bei den Familien mit einem psychogen fettsüchtigen Mitglied findet sich wesentlich häufiger (17,5 %) eine Dominanz der Mutter als in Familien mit einem magersüchtigen Kind (5,1 %). In der Einschätzung der Familienatmosphäre wurden auch Angaben über das Verhältnis der Ehepartner zueinander einbezogen.

10. KINDHEITSENTWICKLUNG

10. 1. ERSTE KINDHEITSERINNERUNG

Fast immer finden sich in biografischen Anamnesen Angaben über die früheste Kindheitserinnerung. Diese Frage ist häufig Bestandteil der Diagnostik und kann, unabhängig von sog. harten Daten, Einblick in Genese und Konfliktlage des Patienten geben. Mit Hilfe der ersten Kindheitserinnerung sollen die Aussagen in der Anamnese über Erziehungsklima, Konfliktpersonen und Schlüsselerlebnisse in der frühen Kindheit erhärtet werden. Man bedient sich dabei der Theorie FREUDS (1915 - 1917/1969) von den Deckerinnerungen. Eine ausführliche Betrachtung mit einer Würdigung der bisherigen theoretischen Ansätze und eigenen Untersuchungen zu diesem Gegenstand stammt von STIEMERLING (1974): "Ein großer Teil der frühesten Kindheitserinnerung enthält dramatische Vorgänge, Schwellensituationen, aus dem Alltagsleben herausragende Ereignisse, bis hin zu lebensbedrohlichen Situationen" (S. 352). Er stellt dann folgende Hypothese auf: "Das aktuelle Konfliktmaterial des Neurotikers belebt gedächtnismäßig diejenigen frühkindlichen Erlebnisse wieder, die eine thematische, physiognomische oder symbolische Ähnlichkeit mit den gegenwärtigen Konflikten haben" (S. 353). Damit wird eine Verbindung zwischen der mitgeteilten Kindheitserinnerung und der aktuellen psychischen Situation hergestellt, die auch für die in dieser Studie angesprochene Fragestellung von Bedeutung ist.

Für die Einteilung und Beurteilung der Affekte, der vorkommenden Bezugspersonen und der zentralen Dynamik in den mitgeteilten ersten Kindheitserinnerungen wurden Kategorien in Anlehnung an STIEMERLING (1974) und STUDT (1982) gebildet.

Erste Kindheitserinnerung	Adipositas	Anorexie
a) Affekte		
aktiv-positiv	7 (17,5 %)	9 (23,08 %)
passiv-positiv	9 (22,5 %)	10 (25,64 %)
aktiv-negativ	9 (22,5 %)	9 (23,08 %)
passiv-negativ	10 (25,0 %)	9 (20,51 %)
b) Bezugspersonen		
neutral	11 (27,5 %)	18 (46,15 %)
positiv	13 (32,5 %)	9 (23,08 %)
negativ	11 (27,5 %)	9 (23,08 %)
c) Dynamik		
Eigenaktivität	5 (12,5 %)	6 (15,38 %)
Besitz/Oralität	5 (12,5 %)	4 (10,26 %)
Zuwendung/Kontakt	10 (25,0 %)	7 (17,95 %)
Aggression/Geltung	3 (7,5 %)	9 (23,08 %)
angstgetönte Erinnerung (Bedrohung, Schläge, Verletzung)	12 (30,0 %)	10 (25,64 %)
keine Angaben oder keine Erinnerung	5 (12,5 %)	3 (7,69 %)

Bei der Beurteilung der Affekte ergeben sich in beiden Krankheitsgruppen keine auffälligen Unterschiede. Allenfalls das etwas häufigere Vorkommen (22 %) von aktiv-positiven Affekten bei den Magersüchtigen (17,5 % bei den Fettsüchtigen) kann hervorgehoben werden. In bezug auf das Vorkommen und die Einschätzung von Bezugspersonen ist auffällig, daß diese bei den Magersüchtigen weit häufiger (46 %) neutral erscheinen als bei den Fettsüchtigen (27,5 %). Bei den Fettsüchtigen erscheinen Bezugspersonen häufiger positiver als bei den Magersüchtigen. Die eher positive Zuwendung bei der Gruppe der Adipösen spiegelt sich auch in der zentralen Dynamik wider, denn hier kommen die Bereiche Zuwendung und Konfakt häufiger vor als bei den Magersüchtigen, während die Bereiche Aggression und Geltung ganz deutlich zugunsten der Magersuchtgruppe verschoben sind. Auffällig ist, daß in beiden Gruppen häufig angstgetönte Erinnerungen wie Bedrohung, Schläge und Verletzungen vorkommen.

10. 2. CHARAKTERISTIK ALS KIND

Hierbei wurde bei der Anamnesenerhebung nach der Selbsteinschätzung während der Kindheit gefragt, die Antworten meist wörtlich festgehalten. Aus den verschiedenen Antworten wurden drei Kategorien gebildet, denen die verschiedenen Charakterisierungen zugeordnet wurden. Die drei Kategorien sind: passiv-antriebsarm und kontaktgestört, aktiv-expansiv-kontaktfreudig und eigenwillig, still und kontaktarm.

Charakteristik als Kind	Adipositas	Anorexie
a) passiv-antriebsarm und kontaktgestört	18 (45,0 %)	18 (46,15 %)
b) aktiv-expansiv und kontaktfreudig	15 (37,5 %)	13 (33,33 %)
c) eigenwillig, störrisch.still, kontaktarm	6 (15,0 %)	8 (20,51 %)
keine Angaben	1 (2,5 %)	0

In der Einschätzung ergeben sich nur geringe Unterschiede, die erste Kategorie kommt in beiden Krankheitsgruppen am häufigsten vor, es ergibt sich ein leichtes Überwiegen der letzten Kategorie bei den Magersuchtpatienten, sonst sind die Unterschiede jedoch sehr gering.

10. 3. EINSCHULUNG

Einschulung	Adipositas	Anorexie
termingerecht	34 (85,0 %)	30 (76,92 %)
vorzeitig	2 (5,0 %)	3 (7,69 %)
verspätet	4 (10,0 %)	5 (12,82 %)
keine Angaben	0	1 (2,56 %)

Bei der Gruppe der Magersüchtigen erfolgt die Einschulung etwas seltener termingerecht (in 76,9 % gegenüber 85 % bei den Fettsüchtigen). Dagegen ergibt sich ein geringfügiges Überwiegen von sowohl vorzeitiger als auch verspäteter Einschulung. Häufig wird bei den Magersüchtigen von guten und sehr guten Schul- und auch sportlichen Leistungen berichtet, die Angaben hierzu sind jedoch nicht ausreichend, so daß zahlenmäßige Angaben nicht gemacht werden können.

10. 4. SEXUELLE AUFKLÄRUNG

Aufklärung	Adipositas	Anorexie
nein	15 (37,5 %)	14 (35,90 %)
ja	11 (27,5 %)	7 (17,95 %)
a) Eltern(-teil)	5 (12,5 %)	7 (17,95 %)
b) sonst.(Geschw.. Pfarrer, Freunde)	6 (15,0 %)	0
keine Angaben	14 (35,0 %)	18 (46,15 %)

Als aufgeklärt bezeichnen sich 27,5 % der Fettsüchtigen, aber nur knapp 18 % der Magersüchtigen. Diese Aufgabe haben bei

den Fettsüchtigen häufig (15 %) nicht die Eltern übernommen, sondern Geschwister, Pfarrer oder Freunde, während Aufklärung bei den Magersüchtigen, wenn sie stattfand, von den Eltern geleistet wurde. In beiden Gruppen scheint es bei diesem Thema Schwierigkeiten im familiären Bezugsrahmen zu geben, denn 1. wird Aufklärung selten angeboten, 2. wird bei den Fettsüchtigen diese Aufgabe häufig von anderen Personen wahrgenommen.

10. 5. ERSTES EROTISCH-SEXUELLES INTERESSE

Hierunter werden erste Freundschaften und Zärtlichkeiten verstanden, die auch Hinweise auf die Entwicklung der sexuellen Identität geben können.

Erstes erot.-sex. Interesse	Adipositas	Anorexie
bis 15 Lj.	6 (15,0 %)	14 (35,90 %)
15. - 20. Lj.	13 (32,5 %)	10 (25,64 %)
über 20 J.	2 (5,0 %)	0
ablehn. Haltung	0	4 (10,26 %)
keine Angabe	19 (47,5 %)	11 (28,20 %)

Bis zum 15. Lebensjahr geben Magersüchtige viel häufiger erotisch-sexuelle Interessen an (35,9 %) als Fettsüchtige (15 %), während Fettsüchtige erotisch-sexuelle Interessen erst später bekunden (im 15. - 20. Lebensjahr 32,5 %, nach dem 20. Lebensjahr 5 %). Gleichzeitig bekunden 10.26 % der Magersüchtigen jedoch eine ablehnende Haltung ("kein Interesse") gegenüber dieser Thematik.

10. 6. MENARCHE

Menarche	Adipositas (N=31)	Anorexie (N=38)
bis 12. Lj.	12 (38,7 %)	11 (28,93 %)
13. - 15. Lj.	11 (35,4 %)	21 (55,23 %)
ab 16. Lj.	1 (3,2 %)	3 (7,89 %)
noch nicht	0	1 (2,63 %)
keine Angaben	7 (22,7 %)	2 (5,26 %)
Durchschnitt	12,58 Jahre	13,11 Jahre

Das Durchschnittsalter bei der Menarche ist bei den Adipösen etwas geringer (12,58 Jahre) als bei den Magersüchtigen (13,11 Jahre).
Wenn man nur die Patienten berücksichtigt, die ein Menarchenalter genannt haben, ergibt sich auch keine Veränderung. Bei den Adipösen (N = 24) ergibt sich dann das exakt gleiche Durchschnittsalter (12,58 Jahre), bei den Magersüchtigen (N = 34) fast das gleiche wie ohne die Bereinigung (13,14 Jahre).
Von den Magersüchtigen wird die Menarche allerdings häufiger (3 x) als erschreckend erlebt, eine Patientin hatte dieses Ereignis ein Jahr lang verheimlicht.
Insgesamt ist der Unterschied im Durchschnittsalter bei der Menarche nicht gravierend.

10. 7. ALTER BEI ERSTEM GESCHLECHTSVERKEHR

Alter f. 1. GV	Adipositas	Anorexie
unter 15 J.	1 (2,5 %)	0
15. - 20. Lj.	15 (37,5 %)	6 (15,38 %)
21. - 25. Lj.	9 (22,5 %)	6 (15,38 %)
Durchschnitt	18,88 Jahre	20,42 Jahre
noch nicht	10 (25,0 %)	18 (46,15 %)
keine Angaben	5 (12,5 %)	9 (23,08 %)

In der Gruppe der Adipositas-Patienten findet der erste Geschlechtsverkehr überwiegend zwischen dem 15. und dem 20. Lebensjahr statt (37,5 %), die Magersuchtpatienten sind hier nur mit 15,4 % vertreten, auch in der Altersgruppe der 21- bis 25jährigen kommen die Fettsüchtigen mit 22,5 % häufiger vor als die Magersüchtigen (15,4 %). Ein deutliches Überwiegen findet sich bei den Magersüchtigen bei den Patienten, die zum Untersuchungszeitpunkt noch keinen Geschlechtsverkehr (46 %) hatten, gleiches gilt für Fettsuchtpatienten nur in 25 %. Dies ist möglicherweise auch durch das höhere Durchschnittsalter dieser Gruppe bedingt, jedoch auch die häufigere Ablehnung erotisch-sexueller Interessen bei den Magersüchtigen ist hierfür verantwortlich zu machen. Das Durchschnittsalter beim ersten Geschlechtsverkehr liegt bei den Fettsuchtpatienten mit 18,88 Jahren etwas unter dem der Magersüchtigen mit 20,42 Jahren.
Hervorzuheben ist der schon in der Rubrik Vater-Kind-Beziehung erwähnte Sachverhalt, daß bei 2 Fettsuchtfamilien sexueller Mißbrauch der späteren Patienten zu eruieren war. So hatte eine der Fettsuchtpatientinnen den ersten Geschlechtsverkehr mit 10 Jahren mit dem Vater, eine andere Patientin dieser Gruppe mit 16 Jahren mit dem Stiefvater: in beiden Fällen dauerte diese Beziehung längere Zeit an (bis zu 2 Jahren).

11. INTERPRETATION

Aus den geschilderten Ergebnissen sollen jetzt die Hauptakzente der vorliegenden Untersuchung zu einer zusammenfassenden Beschreibung der beiden Krankheitsbilder benutzt werden und dabei die eigenen Ergebnisse, soweit möglich, mit Literaturangaben verglichen werden.
Der soziale Rahmen der hier untersuchten Patientengruppen ist unterschiedlich: Magersüchtige Patienten kommen ganz überwiegend aus der Mittel- und Oberschicht, eine Beobachtung, auf die alle Autoren (SPERLING, 1965, BRUCH, 1973, GENSICKE, 1979, SELVINI, 1982) hinweisen. Demzufolge ist auch die soziale Situation bei der Geburt überwiegend als gut zu bezeichnen. Die Berufe der Väter sind häufig intellektuelle, wie auch BABA (1976) feststellt. In dieser Stichprobe kommen oft leitende Angestellte und Akademiker vor, jedoch auch selbständige Geschäftsleute und Handwerker. Die Patienten sind ganz überwiegend weiblichen Geschlechts, es kommt nur ein männlicher Patient vor, die Zahlenangaben in der Literatur sind hierzu unterschiedlich. Alle vorliegenden Untersuchungen schildern jedoch ein großes Übergewicht beim weiblichen Geschlecht, das Verhältnis wird 10:1 bis 30:1 angegeben (THOMÄ, 1961, BRUCH, 1973, JORES, 1976), in den meisten Stichproben kommen jedoch mehr männliche Patienten vor als in der hier dargestellten.
Den Grund für das häufigere Vorkommen des weiblichen Geschlechtes bei magersüchtigen Patienten sieht SELVINI (1982) in der dominierenden Mutter, die Ehrgeiz und Selbstbewußtsein bei ihren Kindern fördere, aber streng zwischen Söhnen und Töchtern unterscheide. Die Jungen seien gegen die Kniffe und Forderungen der Mutter besser gewappnet. Mädchen würden dagegen leichter zu unterwerfen sein: Sie würden zu Musterkindern einer dominierenden, intoleranten und unaufrichtigen

Frau, die sie daran hindere, auf eigenen Füßen zu stehen.

Das Alter der Patienten bei der Untersuchung liegt zwischen 14 und 33 Jahren und ist mit einem Durchschnitt von 22,49 Jahren relativ niedrig.
Das niedrige Durchschnittsalter der Magersüchtigen kann damit erklärt werden, daß die Anorexie oft als dramatisches Geschehen in das Leben der Patienten und deren Familien einbricht und schnell ärztliche Hilfe in Anspruch genommen wird. Da die Magersucht weithin als psychische Erkrankung anerkannt ist, kommen diese Patienten auch eher in psychotherapeutische Behandlung.
Aus dem niedrigen Durchschnittsalter der Magersüchtigen erklärt sich auch sowohl die große Zahl von Schülern und Studenten als auch die hohe Anzahl von Patienten, die noch bei den Eltern wohnen. Auffällig ist, daß die meisten der Patienten mit Anorexia nervosa nach dem Krieg geboren sind, der Ausbruch der Erkrankung also in die Zeit des wirtschaftlichen Aufschwungs fiel, so daß das Symptom in einer von wachsendem Wohlstand gekennzeichneten Gesellschaft um so deutlicher ins Gewicht fiel.

Anorexie-Kranke sind meist ledig und haben selten eigene Kinder, was einerseits mit dem niedrigen Durchschnittsalter zusammenhängen mag, andererseits aber auch die Ablehnung der weiblichen Identität widerspiegelt. Das von vielen Autoren geschilderte Leistungsideal (BRUCH, 1973 und 1980, SELVINI, 1982), kompensatorisch für das Desinteresse an erotisch-sexuellen Themen entwickelt, spiegelt sich auch in der guten Schulbildung.

Fettsucht kommt dagegen nach der vorliegenden Studie in der Mittel- und Oberschicht seltener vor als Anorexia nervosa

(jedoch auch hier bei über der Hälfte der Patienten), dafür ist die Unterschicht häufiger vertreten. Der Unterschied zur Midtown-Manhattan-Studie (STUNKARD, 1981), nach der Fettsucht in niederen sozioökonomischen Schichten häufiger vorkommt, kann in der Auswahl der zur Psychotherapie motivierten Patienten in einer Universitätsklinik vermutet werden. Die soziale Situation bei der Geburt ist bei den Patienten etwas häufiger schwierig gewesen. Fettsüchtige Patienten sind älter, wenn sie zur stationären Behandlung kommen (Durchschnitt 26,73 Jahre), das weibliche Geschlecht überwiegt deutlich (über 3/4 der Patienten sind weiblich), es kommen jedoch auch männliche Patienten zur Behandlung. Fettsüchtige Patienten sind häufig verheiratet, haben öfter eigene Kinder und leben demzufolge seltener mit den Eltern zusammen. Für diese unterschiedliche Entwicklung ist sicher nicht allein das höhere Durchschnittsalter verantwortlich zu machen, sondern auch das von FREYBERGER und STRUBE (1962/63) dargestellte Postulat einer pathologischen forcierten Mütterlichkeit, das besagt, daß weibliche Patienten versuchten, schwerere Gestörtheiten echt weiblich rezeptiver Einstellungen durch hektische pseudomütterliche Aktivitäten zu kompensieren.

Zur Psychogenese der Anorexia nervosa gibt es eine ganze Reihe von Studien, mit denen die hier dargestellten Befunde oft übereinstimmen. Die frühen Bedingungen bei Magersuchtpatienten stellen sich folgendermaßen dar: Bei 1/5 der Patienten ist das Kind oder das Geschlecht nicht erwünscht, was sicher nicht ohne Einfluß auf die spätere Haltung der Eltern gegenüber dem Kind geblieben sein kann. Angaben über diesen Faktor macht nur DÜHRSSEN in einer Einzelfalldarstellung (1950/51). Angaben zur Schwangerschaftsentwicklung werden selten gemacht, was in Einklang mit der Tabuisierung dieser Thematik

in solchen Familien steht. Geburtsstörungen kommen relativ häufig vor, wobei die Störungen von Übertragung bis Sectio reichen. Eine Häufung von Geburtskomplikation bei Anorexia nervosa beschreiben auch KAY et al (1967).

Magersüchtige werden fast regelmässig ehelich geboren, ein Zeichen für das häufig beschriebene Harmoniestreben solcher Familien. MEYER (1961) beschreibt jedoch auch das Vorkommen von unehelichen und vorehelichen Geburten.

Die Eltern von später magersüchtigen Kindern sind relativ alt bei der Geburt,wie auch HILDE BRUCH (1973) beschreibt. Der hier gefundene Altersdurchschnitt ist mit ihren Ergebnissen zu vergleichen. Ansonsten gibt es zu diesem Thema überwiegend Einzelfalldarstellungen, die diesen Eindruck ebenfalls bestätigen (STEELE, 1976/77, DÜHRSSEN, 1950/51). In Familien mit einem anorektischen Kind beträgt die Kinderzahl im Durchschnitt 2,79. Dieser Befund entspricht der Untersuchung von SCHÜTZE (1980), der eine im Vergleich zur Normalbevölkerung deutliche Tendenz zur Mehrkinderfamilie fand. Die Stellung in der Geschwisterreihe, die für die normale psychosoziale Entwicklung von Bedeutung ist, aber auch bei der Entstehung von psychischen Erkrankungen eine gewisse Bedeutung erlangen kann, hat vor allem ALFRED ADLER (1930/1976) gewürdigt. Die Position des jüngsten Kindes sei von dem Streben gekennzeichnet, alle anderen übertreffen zu wollen mit der Folge ständiger Aktivität und dem Bedürfnis, im Vordergrund zu stehen. Ein anderer Typ des jüngsten Kindes sei der des vollständig entmutigten Heranwachsenden. Bei ältesten Kindern finde man eine Neigung zu Machtpositionen, weil sie selbst einmal eine solche Position besetzt hatten. Eine andere Situation könne entstehen, wenn das zweite Kind ein Mädchen ist, das durch außerordentliche Leistungen die Stellung des älteren Bruders in Frage stelle. Solche Kon-

stellationen könnten dann zu Trägheit und Nervosität beim Erstgeborenen führen. THOMÄ (1959) berichtet, daß mittlere Kinder durch eine aktive und ehrgeizige Einstellung auffielen, während Einzelkinder häufig intelligenter und egozentrischer seien und mehr Selbstwertgefühl und Machtstreben hätten.

In der vorliegenden Stichprobe ist der magersüchtige Patient am häufigsten das letzte Kind, gefolgt von der Position des ersten Kindes,so daß in fast 60 % von einer besonderen Stellung in der Geschwisterreihe gesprochen werden kann. HILDE BRUCH (1973) fand Erstgeborene am häufigsten, auch CRISP (1970b) fand bei 33 % der untersuchten Patienten Erstgeborene, auch bei der Angabe von Einzelkindern bestehen große Unterschiede, z. B. 10 % bei HILDE BRUCH (1973). KAY et al fanden bei 6 von 16 Kindern (1967) Einzelkinder. SPERLING (1960) berichtet über 25 % Einzelkinder. Die Angaben sind nicht einheitlich, übereinstimmend ist jedoch festzustellen, daß Magersuchtkranke häufig eine besondere Position in der Geschwisterreihe einnehmen, so daß in dieser Hinsicht die eigenen Untersuchungen mit den Angaben in der Literatur übereinstimmen.

Wichtig erscheint die Atmosphäre in der Familie und die Bedeutung der einzelnen Familienmitglieder im Familiengefüge. Diese Faktoren haben wahrscheinlich das größte Gewicht bei der Entwicklung der Persönlichkeit. Die von SPERLING (1965) betonte Bedeutung von Großmüttern für das Familiengleichgewicht kann bestätigt werden, es muß jedoch hinzugefügt werden, daß bei Magersüchtigen häufig mehrere Bezugspersonen außer den Eltern bedeutsam sind. Oft leben sie auch in der gleichen Wohngemeinschaft. Auch die vom gleichen Autor betonte Beobachtung, daß die Väter der Patienten häufig krank seien und oft an Magen- und Lebererkrankungen litten, findet sich

in der vorliegenden Untersuchung bestätigt. Aber auch die Mütter der magersüchtigen Patienten leiden genauso häufig an ähnlichen körperlichen oder psychosomatischen Erkrankungen. Demzufolge ist es nicht verwunderlich, daß bei Vater und Mutter jeweils 1/4 der Väter und Mütter als labil und kränkelnd charakterisiert werden. Die in der Literatur (MEYER, 1961, ISHIKAWA, 1965, BABA, 1976, GENSICKE, 1979) häufig dargestellte Polarisierung zwischen Vater und Mutter, wobei der Vater häufig als schwach und zurückgezogen und die Mutter als dominant und ehrgeizig und für die Familienatmosphäre bedeutungsvoller dargestellt wird, kann nicht in gleicher Weise bestätigt werden. Wenn man in die Beurteilung jedoch das Verhältnis der Eltern zum Patienten, die Angaben zur Familienatmosphäre und die Erziehungsprinzipien einbezieht, muß man davon ausgehen, daß grundlegende, nach außen hin zunächst nicht zu erkennende Störungen in den Interaktionen der Familie anzunehmen sind. Diese drücken sich nicht nur in der Häufigkeit der Angabe "Härte" in der Erziehung oder "zwiespältige Erziehung" aus, sondern auch in der Häufigkeit der vom Patienten als gespannt empfundenen Familienatmosphäre, was zunächst nach außen hin nicht erkennbar ist. Es ist dabei bemerkenswert, daß es zu relativ wenig Trennungen der Eltern kommt, auch dieses kann ein Zeichen für nach außen hin gezeigte Harmonie sein. Diesen Zusammenhang betont besonders SELVINI (1982). Wenn man jedoch die ursprünglich angeführte und später zur Familienatmosphäre gerechnete Rubrik "Beziehung der Eltern" betrachtet, erscheint der Eindruck,daß die Mutter tatsächlich in der ehelichen Beziehung oft dominierend und die Ehen von Streit und Auseinandersetzungen gekennzeichnet sind. In diesem oft von Spannungen beherrschtem Klima scheint schon das Kleinkind mit Ernährungsstörungen zu reagieren, das heranwachsende Kind ist dann oft still und brav, eine Beobachtung, die auch von FELDMANN (1965) und JORES

(1976) hervorgehoben wird. Bei der Betrachtung des Vaters in magersüchtigen Familien muß noch darauf hingewiesen werden, daß die Vaterfigur häufig fehlt. Sie sind häufig in der Kindheit des Patienten gestorben, leiden an einer chronischen Erkrankung oder sind beruflich stark beansprucht. Dieser Sachverhalt wird besonders von SPERLING (1965) hervorgehoben. Vor diesem Hintergrund gewinnt auch die von SPERLING und MASSING (1972) aufgestellte These an Gewicht, daß die pathogene Ideologie einer weiblichen Person von entscheidender Bedeutung ist. Die Beziehung zu Geschwistern scheint, soweit sie durch eine retrospektive Studie zu erfassen ist, nicht auffälliger als erwartet werden kann.

Bei der Betrachtung der psychogenetischen Faktoren bei adipösen Patienten fällt auf, daß gelegentlich Störungen in der Schwangerschaft vorkommen, auch Geburtsstörungen sind nicht selten. Dies kann einen Grund darin haben, daß häufig Geburt oder Geschlecht nicht gewünscht sind (40 %). Auch die Tatsache, daß nur 80 % der später fettsüchtigen Kinder ehelich geboren sind, von diesen aber schon bei 12,5 % die Schwangerschaft Heiratsgrund war, zeugt von weniger guten Startbedingungen. Auch uneheliche, voreheliche oder außereheliche Geburten kommen vor. Die häufige Trennung der Eltern durch Krieg oder Scheidung kann zusammen mit den obigen Befunden als Bestätigung für die von BRUCH (1975) und DIEDENHOFEN (1953) aufgestellte Behauptung dienen, daß fettsüchtige Patienten häufig aus gestörten sozialen Verhältnissen und unglücklichen Ehen stammen. Bei später Fettsüchtigen gibt es häufig Ernährungsstörungen und körperliche Erkrankungen mit Krankenhausaufenthalten während der ersten 6 Lebensjahre. Als Ausdruck der schlechteren wirtschaftlichen Verhältnisse sind die Mütter von später adipösen Patienten sehr oft berufstätig. Angaben in der Literatur dazu gibt es nicht.

Fettsüchtige kommen aus Familien mit durchschnittlich 2,97 Kindern, die von BRUCH (1973) beschriebene Tendenz zur Kleinfamilie mit einer durchschnittlichen Kinderzahl von 2,1 läßt sich also nicht in gleicher Weise bestätigen. Fettsüchtige finden sich in der Geschwisterreihe am häufigsten in der Position des ersten Kindes. Die in der Literatur gemachten Angaben, daß Fettsüchtige meist jüngste oder einzelne Kinder sind (DIEDENHOFEN, 1953, BRUCH, 1973, FREYBERGER, 1976), läßt sich hier nicht bestätigen. Auch MEYER und TUCHELT-GALLWITZ (1967) fanden keine Unterschiede zu einer Kontrollgruppe in bezug auf die Position in der Geschwisterreihe. Die überwältigende Mehrzahl (80 %) der hier untersuchten Patienten finden sich jedoch in der besonderen Position des ersten, letzten oder Einzelkindes, so daß in diesem Punkt die Beobachtung von H. BRUCH (1973) bestätigt werden kann. Eine Besonderheit ist daß es in Fettsuchtfamilien sehr häufig Halb- oder Stiefgeschwister gibt, was die Familiendynamik sicher nicht unwesentlich beeinflußt. Im Verhältnis zu den Geschwistern gibt es oft Spannungen und Neid, was im Einklang mit den Schilderungen von KÖHLER (1957) und TUCHELT-GALLWITZ (1967) steht. Die Eltern fettsüchtiger Patienten sind bei der Geburt relativ alt. Dies trifft für die Väter in stärkerer Weise zu als für die Mütter. Andere Beziehungspersonen, wie Großeltern, Onkel oder Tanten, die oft auch in der Wohngemeinschaft leben, sind in mehr als 1/3 der Fälle von Bedeutung. Erkrankungen der Eltern kommen zwar nicht übermäßig häufig vor, die angegebenen Erkrankungen sind mjedoch meist schwer und reichen von Conterganschädigung bei der Mutter über Alkoholismus und Suizidversuch beim Vater. Die von TUCHELT-GALLWITZ (1967) und KÖHLER (1957) beschriebene Tendenz zum Vorkommen von neurologisch-psychiatrischen Erkrankungen findet hier eine Bestätigung, wenn auch in anderer Akzentuierung.

Die Mütter von Fettsüchtigen sind auffällig oft (50 %) unausgeglichen und streng und gehören dem hier kühlfordernd genannten Muttertyp an. Dieses Ergebnis stimmt mit den Beschreibungen von TOLSTRUP (1962/63) überein, der die Mütter als neurotisch und psychisch unreif bezeichnet, die nie aus ihrer eigenen Kindheit herausgewachsen seien und eine ambivalente Einstellung zum Kind hätten, das sie nicht lieben, sondern nur füttern könnten. In ähnlicher Weise äußert sich FREYBERGER (1976), der die Mütter von fettsüchtigen Patienten als dominierend, aber im Grunde selbstunsicher beschreibt. Die Väter sind dagegen oft jähzornig und willkürlich und nicht so durchgehend,wie in der Literatur beschrieben, betont passiv, jedoch ist auch ein Vater mit dem hier beschriebenen Verhalten kein gutes Identifizierungsobjekt für das Kind (TOLSTRUP, 1962/63). Die Familienatmosphäre ist oft gespannt, es gibt Harmonisierungstendenzen, was als Zeichen verborgener, nicht offen ausgetragener Konflikte gewertet werden kann. Dominanz der Mutter wird häufiger genannt als Dominanz des Vaters. In dieser überwiegend gespannten Familienatmosphäre sind strenge und zwiespältige Erziehung die fast ausschließlichen Prinzipien, so daß es auch nicht verwunderlich ist, daß die Kinder überwiegend passiv und antriebsarm werden. Dieser Eindruck stammt mit der von KÖHLER (1957) gemachten Beobachtung überein, daß die Familienatmosphäre von karger Emotionalität und Einengung der freien Selbstentfaltung geprägt ist, und es kann vermutet werden (was hier nicht besonders untersucht wurde), daß eine partielle Verwöhnung mit besonderer Betonung von Lebensmitteln aus Schuldgefühlen und Ambivalenz, wie BRUCH, (1973),DIEDENHOFEN (1953),FREYBERGER (1976) und STAUDER (1959) es schildern, schließlich zur Fettsucht führt. Die ebenfalls große Gruppe von Kindern, die als aktiv-expansiv und kontaktfreudig angesehen werden, kann man mit DIEDENHOFEN(1953)

als diejenigen ansehen, die die mangelnde Geborgenheit im Elternhaus durch Geltungsbedürfnis und Aktivität zu kompensieren versuchen.

Die Angaben über die Beziehung zum Vater bzw. Stiefvater nehmen eine breite Skala ein und reichen von "der ist lieb" bis zu "gräßlicher Kerl", in der Mehrzahl ist das Verhältnis aber eher durch Ablehnung und Spannungen gekennzeichnet. zweimal wird von sexuellem Mißbrauch berichtet.
Die Mütter sind überwiegend nachlässig. Hier reichen die Angaben von "gut und vertrauensvoll" bis "nie Liebe erfahren, nur Vorwürfe, ihr Kinder kostet nur". Der in der Literatur häufig mit "Ambivalenz" umschriebene Sachverhalt trifft für das so gekennzeichnete Verhalten sicher zu.

12. KASUISTIK

12: 1. ANOREXIA NERVOSA

Ano 8: Die 1937 geborene Patientin ist zum Untersuchungszeitpunkt 31 Jahre alt, ledig und als Büroangestellte beschäftigt. Die Anorexie hatte 9 Jahre zuvor begonnen.
Die Patientin ist als 2. von 3 Mädchen (Schwestern + 6, - 2) geboren und in einer Familienatmosphäre aufgewachsen, die von inkonstanten Gefühlsbeziehungen bei großem Harmoniestreben gekennzeichnet war.
Der Vater (+ 34), von Beruf Betriebsingenieur, war 1945 zum Volkssturm einberufen worden und 1947 hochgradig kachektisch aus russischer Gefangenschaft zurückgekehrt. Er wird als verständnisvoll und geduldig beschrieben, habe aber Ordnung über alles geliebt. Als die Patientin 15 Jahre alt war, ist er 49jährig plötzlich gestorben.
Die Mutter (+ 33) habe in der Erziehung freche Antworten und Widerreden nicht vertragen können und mit Ohrfeigen geahndet. Neben dieser Strenge in der Erziehung wird die Mutter als gut und verständnisvoll beschrieben. Sie sei nie berufstätig gewesen. Die Ängstlichkeit der Mutter habe sich aber auf die Kinder übertragen, denn alle drei seien Stubenhockerkinder gewesen. Die Eltern hätten sich gut miteinander vertragen, es sei harmonisch in jeder Beziehung gewesen.
Nach der Geburt der Patientin habe die Mutter gekränkelt und habe sich schwer wieder erholt, so daß der Vater die Patientin im ersten Lebensjahr versorgen mußte. In der Kindheit hatte die Patientin Angst vor dem Einschlafen. Auf die jüngere Schwester sei sie eifersüchtig gewesen, denn diese habe oft mit der Mutter geschmust, während sie selbst dazu nicht in der Lage gewesen sei. Als Kind war

sie übermäßig artig und ordentlich. Die erste Kindheitserinnerung (mit 3 Jahren) unterstreicht die oben beschriebene Ängstlichkeit: Sie sei mit ihrer Schwester an einem Schlachter vorbeigegangen; dort sei ein großer Hund an der Leine gewesen, der sei auf sie zugesprungen und sie sei furchtbar erschrocken.
Die Unsicherheit und Ängstlichkeit wird auch durch das Erlebnis der ersten Blutung mit 14 Jahren deutlich. Sie habe sich nicht getraut, nachzufragen und ein Jahr lang alles heimlich gemacht. Erste erotisch-sexuelle Regungen hatte die Mutter mit lapidaren Bemerkungen wie "der ist sowieso nichts für dich" unterdrückt. Auch die Berufswahl wurde von der Mutter beeinflußt: Nach dem Tod des Vaters mußte die Patienten die Schule aus finanziellen Gründen verlassen und sollte Verkäuferin lernen, während sie selbst gern Krankenschwester geworden wäre.
Den ersten sexuellen Kontakt hatte sie mit 24 Jahren mit einem verheirateten, 26 Jahre älteren Mann.

Ano 37: Die 1952 geborene Patientin ist 20 Jahre alt und lebt als Studentin allein in einer Universitätsstadt. Der Ausbruch der Erkrankung erfolgte kurz nach einer Auslandsreise nach dem Abitur.
Die Patientin ist als 1. von 2 Mädchen (Schwester - 5) geboren. Das Klima in der Familie war von Spannungen zwischen den Eltern geprägt, die schon die Geburtsumstände beeinfluß haben.
Ein Jahr vor der Geburt der Patientin habe die Mutter (+ 26) eine Fehlgeburt gehabt. In den letzten Monaten vor der Geburt der Patientin sei es der Mutter sehr schlecht gegangen. Nach der Heimkehr des Ehemannes sei ihr nachmittags immer übel geworden. Schließlich habe sie die Mo-

nate vor der Geburt bei ihrer eigenen Mutter in einer entfernteren Stadt verbracht, und dort sei auch die Patientin durch Zangengeburt entbunden worden. Die Mutter habe sich später meist einen Tag in der Woche ins Wochenendhaus zurückgezogen, weil der Ehemann und die Patientin ihr zu anstrengend gewesen seien. Ihr eigenes Verhältnis zur Mutter beschreibt die Patientin als mehr freundschaftlich, sie habe alles mit ihr besprechen können.
Der Vater (+ 26), als promovierter Ingenieur Leiter zweier großer staatlicher Betriebe, sei eine Autoritätsperson. Er habe nur für seinen Beruf gelebt, vor kurzem jedoch einen Herzinfarkt gehabt.
Sie selbst habe bis zum 3. Lebensjahr eingenäßt und bis zur Schulzeit am Daumen gelutscht. Im Alter von 5 Jahren habe sie Eßstörungen gehabt. Im 3. Lebensjahr habe sie mit dem Ballettunterricht begonnen und darin Ausgleich gefunden "wenn ich unzufrieden war ... es hörte auf, als ich die Muskelrisse bekam" (mit 18 Jahren).
Während der ganzen Schulzeit habe sie dem Vater abends die Schultasche vorzeigen müssen. Sie habe Angst vor ihm gehabt und schlechte Zensuren der Mutter mitgeteilt. Nach Wegfall der Kontrollen habe sie sich selbst kontrolliert und immer mehr von sich gefordert. Die Vater-Tochter-Beziehung wird in der ersten Kindheitserinnerung deutlich (mit 3 Jahren): "Mein Vater hat gesagt, ich soll reinkommen. Ich hab nichts getan. Dann sagte er es nochmal. Ich habe wieder nichts getan. Dann kam er raus und hat mich versohlt. Ich hab fürchterlich geschrien".
Die Schwester der Patientin sei das Gegenteil von ihr, groß, breit und kräftig. Sie sei selbständig und bei anderen beliebt. Sie habe auch gegenüber dem Vater durchsetzen können, als einzige in der Familie nicht Abitur zu machen.

Die Menarche war mit 13 Jahren aufgetreten. Zu einer ersten gravierenden Symptomatik war es mit 14 Jahren gekommen: Nach einem Umzug und Streitigkeiten der Eltern untereinander habe sie eine "hysterische Schwangerschaft" mit sechsmonatiger Amenorrhoe gehabt. In der Zeit davor hatte die Mutter sie wegen der Schwierigkeiten in der Ehe ins Vertrauen gezogen und sie auch um Entscheidungen gebeten.

Im erotisch-sexuellen Bereich hat sie große Schwierigkeiten: Wenn der gleichaltrige Freund sie besuche, verkrampfe sie sich: "Ein Kuß oder eine Umarmung, das macht mir nichts, aber ich denk dann immer, wie es weitergeht".

12. 2. ADIPOSITAS

Adi 2: Die 17jährige Patientin, 1949 geboren, lebt in einem Internat und besucht die Haushaltsschule. Die erhebliche Fettsucht (105 kg bei 167 cm Körpergröße) hatte zwei Jahre zuvor begonnen.
Die Patientin ist als einzige Tochter ihrer Eltern ehelich geboren. Das affektive Klima in der Familie war bestimmt von Kälte und Brutalität, die Patientin mußte sich immer wieder auf neue, ihr unvertraute Situationen einstellen.

Der leibliche Vater hatte im 3. Lebensjahr der Patientin die Familie verlassen und lebe in den USA. Zu diesem Zeitpunkt wurde die Patientin zur Großmutter mütterlicherseits (+ 45) nach Schwerin geschickt, wo sie bis zu ihrem 10. Lebensjahr lebte. Die einzige Erinnerung an diese Zeit besteht in der Tatsache, daß dort nur polnisch gesprochen wurde, so daß sie nach ihrer Rückkehr zur Mutter große Schwierigkeiten in der Schule hatte und zweimal eine Klasse wiederholen mußte. Die Mutter (+ 24) hatte inzwischen wieder geheiratet, der Stiefvater (+ 19) ist städtischer Angestellter.

Auf diese erheblichen Umstellungen in der Familie und in der Schule reagierte die Patientin mit einem starken Gewichtsverlust, sie sei damals erheblich untergewichtig geworden. Nachdem in ihrem 13. Lebensjahr eine Halbschwester geboren wurde, die der Stiefvater bevorzugte, stellte er ihr nach. Die Patientin habe dann die Tür abgeschlossen und der Mutter nichts von den Zärtlichkeitsangeboten des Stiefvaters erzählt. Als er sich in einer Erbangelegenheit benachteiligt fühlte (nicht er, sondern seine jüngere Schwester erbte das Haus seines Vaters) begann er zu trinken und die Patientin und ihre Mutter zu schlagen. Zur eigenen Tochter sei er weiterhin gut gewesen. Als die Patientin 15 Jahre alt war, habe er sie mit einem Messer bedroht und wurde dann von der Polizei abgeholt. Sie selbst sei damals zuerst in ein Kinderheim, dann in das Internat gekommen.

Die Mutter habe ihr in der Kindheit viel Freiheit gelassen, sie sei ihr lieber als die Oma.

Als Kind sei sie lebhaft und optimistisch gewesen, in der Schule kontaktfreudig und gesellig. Sie sei oft mit Jungen ausgegangen. Ihre Gefühle habe sie aber nicht äußern können und stundenlang allein Beatmusik gehört und dabei geweint.

Sexuelle Aufklärung habe es zu Hause nicht gegeben, die erste Monatsblutung mit 15 Jahren habe sie für eine Nierenblutung gehalten, bis sie schließlich von einer Lehrerin über Menstruation und Geschlechtliches aufgeklärt worden sei.

Durch ihre Fettsucht habe sie viele Kontakte verloren, schäme sich und weiche der Gesellschaft aus, obwohl sie sich nach Kontakt sehne. Ihr Berufswunsch sei Kinderpflegerin.

Adi 14: Die 34jährige Patientin, 1936 geboren, ist verheiratet und hat einen dreijährigen Sohn. Sie arbeitet als

Sekretärin und lebt mit ihrer Familie in einer eigenen Wohnung im Hause ihrer Eltern. Innerhalb von 3 Jahren hatte sie 40 Pfund zugenommen.
Die Patientin ist als 1. von 2 Kindern (Bruder - 1 1/2) in einem kleinen, aus 13 Häusern bestehenden Dorf aufgewachsen. Die familiäre Situation war gekennzeichnet von häufigen Ortswechseln und den Wegläufertendenzen des Vaters.

Die Patientin ist ehelich geboren, war aber der Heiratsgrund für ihre Eltern. Bis zum Ende des 1. Lebensjahres sei sie gestillt worden.
Der Vater (+ 23), 7 Jahre jünger als die Mutter, sei der älteste von 4 Brüdern. Im Krieg sei er in verschiedenen Fliegerschulen gewesen, die Mutter sei mit den Kindern immer hinterher-gereist, so daß die Schule häufig gewechselt werden mußte. Der Vater habe, wie schon sein eigener Vater, oft andere Frauen gehabt. 1947 habe die Mutter ihn von einem Bauernhof abholen müssen, wo er mit einer anderen Frau zusammengelebt hatte. Danach habe es zu Hause nur noch Krach gegeben, die Eltern seien sogar mit einem Messer aufeinander losgegangen. Der Vater habe einen Herzinfarkt erlitten, als die Patientin 29 Jahre alt war, seitdem gehe es zu Hause besser. Beruflich sei der Vater sehr fleißig, zeitweise hätten die Eltern im gleichen Betrieb gearbeitet.

Die Mutter (+ 30) habe vor dem Vater nie Männerbekanntschaften gehabt. Sie wird positiver geschildert als der Vater. Der Bruder sei "ein ganz ruhiger Vertreter; wir verstehen uns jetzt sehr gut - während der Schulzeit haben wir uns viel gekloppt".
Im von Spannungen und Streit belasteten Klima in der Familie ist die Patientin zu einem stillen, zurückhaltenden Kind geworden, in der dreiklassigen Schule sei sie sehr dickköpfig gewesen, habe "nur noch runtergeguckt, nichts gesagt, auch wenn ich's wußte, auch wenn ich dann Schläge

kriegte". Während der Lehrzeit mußten sie und ihr Bruder das ganze Lehrgeld abgeben, um den Bau eines Hauses mitzufinanzieren.
Sexuelle Aufklärung habe zu Hause nicht stattgefunden, die mit 12 Jahren einsetzende Menstruation machte große Schwierigkeiten und Ängste: "Wenn ich die rote Farbe sah, verkrampfte es sich in mir - und dann hat es sich endlos hingezogen... bis ich mit meinem Mann darüber sprechen konnte". Der Ehemann (- 4) sei ihr erster und einziger Mann gewesen. Mit 22 Jahren habe sie ihn kennengelernt, mit 24 Jahren den ersten Geschlechtsverkehr gehabt und mit 30 Jahren geheiratet.

13. ABSCHLIEßENDE BESPRECHUNG

Bei einem Vergleich der hier dargestellten Daten ergeben sich folgende Unterschiede in den beiden Krankheitsgruppen:

Soziale Schicht: Magersüchtige kommen viel häufiger aus der Mittel- und Oberschicht als Fettsüchtige, der Anteil der Fettsüchtigen, die aus Familien mit sozioökonomisch höherem Status kommt, ist aber relativ hoch. Die soziale Situation bei der Geburt ist bei Magersüchtigen besser als bei Fettsüchtigen.

Geschlecht: Magersüchtige sind häufiger als Fettsüchtige weiblichen Geschlechts.

Alter: Magersüchtige haben ein geringeres Durchschnittsalter bei Beginn der Behandlung, d. h. Fettsüchtige kommen später in psychotherapeutische Behandlung als Magersüchtige.

Schwangerschaft und Geburt: Bei Fettsüchtigen kommt es häufiger zu Störungen während der Schwangerschaft als bei Magersüchtigen. Bei Magersüchtigen gibt es häufiger Störungen bei der Geburt als bei Fettsüchtigen.

Fettsüchtige sind häufiger als Kind oder Geschlecht nicht erwünscht als Magersüchtige.
Magersüchtige werden häufiger ehelich geboren als Fettsüchtige.
Bei Fettsüchtigen kommt es häufiger zu Trennungen oder Scheidungen der Eltern als bei Magersüchtigen.

Alter der Eltern: Bei Magersüchtigen sind die Eltern bei der Geburt älter als bei Fettsüchtigen.

Erkrankungen der Eltern: Bei Magersüchtigen leiden die Väter öfter an organischen Erkrankungen und die Mütter öfter an psychogenen oder psychosomatischen Erkrankungen als jeweils bei Fettsüchtigen.

Charakteristik der Eltern - Erziehungsprinzipien: Bei den Müttern von Fettsüchtigen kommt der kühl-fordernde Muttertyp häufiger vor als bei psychogen Magersüchtigen.
Bei Magersüchtigen gibt es mehr Mütter vom unzufriedenen-selbstunsicheren Typ als bei den Müttern Fettsüchtiger.

Bei Fettsüchtigen gibt es mehr Väter vom autoritär-willkürlichen Typ als bei den Vätern Magersüchtiger.

In der Beziehung von Mutter und Kind ist die Mutter bei Fettsüchtigen häufiger als bei Magersüchtigen versagend und fordernd. Väter werden von den Magersüchtigen häufiger idealisiert als von den Fettsüchtigen. Bei Fettsüchtigen kommt es zu sexuellem Mißbrauch durch die Väter.
Bei Fettsüchtigen bestehen die Erziehungsprinzipien häufiger in mit Härte zu umschreibenden Begriffen als bei Magersüchtigen.

Verhältnis zu Geschwistern: Bei Fettsüchtigen ist das Verhältnis zu den Geschwistern häufiger gespannt als bei den Magersüchtigen, von diesen wird das Verhältnis zu Geschwistern häufiger als gut bezeichnet als bei Fettsüchtigen.

Erstes erotisch-sexuelles Interesse und erster Geschlechtsverkehr: Magersüchtige haben häufiger als Fettsüchtige erste erotisch-sexuelle Interessen vor dem 15. Lebensjahr, gleichzeitig auch häufiger eine ablehnende Haltung gegenüber

dieser Thematik. Magersüchtige haben im Durchschnitt später den ersten Geschlechtsverkehr als Fettsüchtige.

Erste Kindheitserinnerung: Bei der ersten Kindheitserinnerung erscheinen Bezugspersonen bei psychogen Magersüchtigen häufiger neutral, also ohne positive oder negative Besetzung, als bei Fettsüchtigen.
Bei der zentralen Dynamik spielen Aggressivität und Geltung eine größere Rolle bei den Magersüchtigen als bei den Fettsüchtigen.

Aktuelle soziale Situation: Magersüchtige sind häufiger ledig als Fettsüchtige und leben häufiger noch bei den Eltern.
Fettsüchtige sind häufiger verheiratet als Magersüchtige und haben öfter eigene Kinder. Sie leben seltener in einer Wohngemeinschaft mit den eigenen Eltern als Magersüchtige.

Magersüchtige sind häufiger Oberschüler oder Studenten als Fettsüchtige.

Neben den Unterschieden, die referiert wurden, gibt es auch Gemeinsamkeiten mit der untersuchten Variablen. Diese sollen im Anschluß referiert werden:

Frühkindliche Entwicklung: Bei beiden Erkrankungen kommen fast in gleicher Häufigkeit Ernährungsstörungen zwischen der Geburt und dem 6. Lebensjahr vor.

Charakteristik der Eltern: In beiden Krankheitsgruppen gibt es etwa gleich häufig sowohl den herzlich-zugewandten sowie den resigniert-kränklichen Vatertyp, außerdem gleich

häufig den mütterlich-fürsorglichen Muttertyp. Die Mutter ist gleich häufig berufstätig, also weniger verfügbar.

Andere Beziehungspersonen: In beiden Krankheitsgruppen sind weitere Bezugspersonen neben den Eltern mit großem Einfluß häufig vertreten. Dabei stellen Großeltern den größten Anteil dar.

Stellung in der Geschwisterreihe, Kinderzahl, Geschwisterproblematik: In beiden Gruppen ist die Einzelkindposition gleich häufig, eine besondere Position in der Geschwisterreihe, wenn auch mit verschiedener Akzentuierung, findet sich ebenfalls in gleicher Häufigkeit.
In Familien mit Fettsüchtigen und Magersüchtigen ist die Kinderzahl etwa gleich groß.
Neid auf andere Geschwister findet sich gleich häufig.

Familienatmosphäre und Erziehung: Ähnlich häufig ist die Familienatmosphäre als gespannt zu bezeichnen, auch Harmonisierungstendenzen kommen fast gleich häufig vor. Die Erziehungsprinzipien sind oft von Zwiespältigkeit oder entgegengesetztem Erziehungsstil von Vater und Mutter gekennzeichnet.

Charakteristik als Kind: Gleich häufig bezeichnen sich die Kinder rückblickend als still und brav, hier in die Rubrik passiv-antriebsarm und kontaktgestört eingeordnet.

Zusammenfassend lassen sich die Unterschiede bei den beiden Erkrankungen wie folgt umreißen: Magersüchtige kommen häufiger aus Familien mit höherem sozioökono-

mischen Status, Fettsüchtige häufiger aus Familien mit niedrigerem sozioökonomischen Status. Da schon bei der Geburt der später Erkrankten die Eltern von Magersüchtigen häufiger in einer besseren sozialen und wirtschaftlichen Situation waren, ist anzunehmen, daß auch die soziale Herkunft der Eltern der hier untersuchten Patienten nicht ohne Bedeutung ist und sich auf Familienatmosphäre und Erziehungsmaximen auswirken kann. Folgerichtig werden Magersüchtige häufiger im Sinne einer besseren Schul- und Berufsbildung gefördert.

Die objektive Realität in Form der sozialen und wirtschaftlichen Bedingungen gewinnt so auch Einfluß auf die Beziehungen innerhalb der Familie, was auch Konsequenzen für die psychische Realität des Kindes beinhaltet.

Wesentliche Unterschiede bei den frühen Bedingungen finden sich in beiden Krankheitsgruppen im Klima und in den Interaktionen innerhalb der Familie. Bei den Fettsüchtigen ist die Familienatmosphäre oft von Spannungen überschattet, was sich in der negativen Einstellung zur Geburt des Kindes und auch in häufigen Scheidungen oder Trennungen der Eltern manifestiert. Die Mütter kann man am häufigsten als kühl und fordernd bezeichnen, die Väter sind in der Mehrzahl als autoritär zu umschreiben, beides Faktoren, die eine karge Emotionalität in der Familie vermuten lassen. So ist es nicht verwunderlich, daß in solchen Familien der Erziehungsstil häufig durch Härte gekennzeichnet ist und das Verhältnis zu Geschwistern oft gespannt ist.

Im Gegensatz dazu gibt es in Magersuchtfamilien deutliche

Harmonisierungstendenzen. Dies könnte man auch als die vorherrschende Familienideologie magersüchtiger Familien bezeichnen. Das höhere Alter der Eltern bei der Geburt der später magersüchtigen Patienten spricht für eine Betonung der sozialen Sicherung (erst berufliche Karriere, dann Kind und Familie). Von Streitigkeiten wird selten berichtet, die Familienatmosphäre ist jedoch von der dominierenden, oft aber labilen Mutter geprägt, die Väter sind häufig chronisch krank oder so stark im Beruf belastet, daß sie in der Familie keine entscheidende Bedeutung erlangen können. Die oft strenge, an Leistungen orientierte Erziehung ist von strikter Ablehnung der Sexualität gekennzeichnet.

Neben den Unterschieden in der sozialen Stellung und dem Klima in der Familie gibt es auch Gemeinsamkeiten in der frühen Kindheit. So bezeichnen sich in beiden Patientengruppen ähnlich viele Mitglieder als still und brav in der Kindheit. Zwiespältigkeit in der Erziehung und Spannungen in der Familie werden häufig genannt, auch die Eltern weichen in einer großen Gruppe in der Beschreibung kaum voneinander ab.

Die hier aufgezeigten Befunde berechtigen zu der Annahme, daß die Primärbedingungen bei der Entstehung der hier untersuchten psychosomatischen Erkrankungen unterschiedlich sind und insbesondere die Interaktionen in der Familie betreffen.

Die ebenfalls vorhandenen Ähnlichkeiten weisen jedoch auf eine vergleichbare Ausgangsposition hin, so daß die dargestellten Unterschiede möglicherweise lediglich die verschiedene Symptomwahl bedingen. Die hier dargestell-

ten Befunde kann man auch so verstehen, daß Magersucht und Fettsucht zwar zwei verschiedenartige Erkrankungen sind, daß diese aber wegen ihrer gemeinsamen Wurzeln nur zwei Seiten einer Medaille darstellen, wie es in ähnlicher Weise auch STAUDER (1959), TOLSTRUP und BASTIAANS (beide 1962/63) und Bruch (1973) gesehen haben.

14. AUSBLICK

Während sich viele Psychotherapeuten seit langem Gedanken über Möglichkeiten sinnvoller Behandlung bei Patienten mit Anorexia nervosa machen und die Vorstellungen und Erfahrungen hier von psychoanalytischer Einzeltherapie (THOMÄ, 1981) über verschiedene Formen stationär-psychotherapeutischer Behandlung (WHIPPLE u. MANNING, 1978, KERNBICHLER et al 1983)und modifizierter psychoanalytischer Techniken (v. RAD, 1979) bis zu verschiedenen familientherapeutischen Verfahren (SELVINI, 1977 u. 1982, PETZOLD; 1979, MINUCHIN, 1981) reichen und eine ausführliche Darstellung von verhaltenstherapeutischen und familientherapeutischen Verfahren von STEINHAUSEN (1981) gegeben wurde, ist die Literatur über therapeutische Verfahren bei psychogen Fettsüchtigen nicht so reichhaltig. Es wird zwar über verhaltenstherapeutische (PUDEL, METZDORF u. OETTING, 1975, STUNKARD, 1975) Maßnahmen und psychotherapeutische Behandlungen (STOLLREITER-BUTZON, 1950/51, KÖHLER, 1957) berichtet, oft jedoch auch auf die schlechten Therapieergebnisse hingewiesen. Neuerdings (BACHMANN u. RÖHR, 1983) werden auch die Gemeinsamkeiten von Alkoholismus, Magersucht und Fettsucht betont und ähnliche, verhaltensmodifizierende Behandlungsmethoden vorgeschlagen.

Der für Anorexie-Kranke aber mittlerweile fast selbstverständliche familiendynamische Ansatz unter Einbeziehung der Familienmitglieder in Diagnostik und Therapie scheint bei psychogen Fettsüchtigen bisher nicht ernsthaft in Erwägung gezogen worden zu sein. Wenn es sich aber um vergleichbare Erkrankungen, sogar um zwei Seiten einer Münze handelt, scheint dies verwunderlich. Deshalb kann diese

Studie Grundlage und Anregung für Forschungen in dieser Richtung sein, um vielleicht eines Tages auch mehr Einblicke in und mehr Verständnis von den Interaktionen von "Fettsuchtfamilien" zu bekommen. STAUDER (1959) hatte schon darauf hingewiesen, daß "je intensiver man sich biografisch mit den Adipösen beschäftigt, desto mehr psychische Mitspieler betreten die Szene" (S. 679). Auch bei Magersüchtigen hatte sich die familiendynamische Betrachtungsweise erst allmählich entwickelt. Dabei mag die 1965 von SPERLING formulierte Erkenntnis eine Rolle gespielt haben, daß sich die wirklich gefühlshaften Beziehungen der Familienmitglieder dem Betreffenden selbst schwer erschließen und wenn, dann würden sie im Verlauf einer langwierigen Behandlung nur widerstrebend preisgegeben.

15. LITERATURVERZEICHNIS

1. ABRAHAM, K.: Psychoanalytische Studien, Bd. I, Frankfurt (1971), 2. Auflage

2. ADLER, K.: Kindererziehung Frankfurt (1976)

3. ALEXANDER, F.: Psychosomatische Medizin Berlin (1977), 3. Auflage

4. ANTONS-BRANDI, V.: Einstellungen zum Körpergewicht Ztschr. f. Psychosom. Med. 18 (1972): 81 - 94

5. BABA, K.: Anorexia nervosa - einige Betrachtungen zur Psychogenese und Psychotherapie Ztschr. f. Psychosom. Med. 22 (1976): 267 - 277

6. BACHMANN, M., RÖHR, H. P.: Alkoholismus - Eßsucht - Magersucht Ein Vergleich Ztschr. f. Psychother. u. Med. Psychol. 33 (1983): 111 - 116

7. BASTIAANS, J.: Psychiatrische Bemerkungen zu Problemen der Fettsucht und Magersucht Psyche 16 (1962/63): 615 - 630

8. BATTEGAY, R.: Die Hungerkrankheiten Bern (1983)

9. BECKER, H.: Die Pubertätsmagersucht (Anorexia nervosa) und ihre Therapie In: BEESE, F. (Hrsg.): Stationäre Psychotherapie Göttingen (1978): 166 - 177

10. BLOCH, R.: Über die Bedeutung der Todessehnsucht für psychogene Störungen des Ernährungstriebes Ztschr. f. Psychosom. Med. 13 (1967): 63 - 69

11. BRUCH, H.: Über die psychologischen Aspekte der Fettleibigkeit
Med. Klinik 55 (1960): 295 - 300

12. Dies.: Eating Disorders. Obesity, Anorexia Nervosa and the Person within
New York (1973)

13. Dies.: Psychologische Aspekte der Obesitas
Sandorama (Jan. 1975): 8 - 10

14. Dies.: Der goldene Käfig. Das Rätsel der Magersucht
Frankfurt (1980)

15. CLAUSER, G.: Biographie und Klinik der Adipositas
Stuttgart (1958)

16. CREMERIUS, J.: Zur Prognose der Anorexia nervosa
Ztschr. f. Psychosom. Med. 24 (1978): 56 - 69

17. CRISP, A. H., DOUGLAS, J. W. B., ROSS, J. M., STONEHILL, E.: Some Developmental Aspects of Disorders of Weight
J. Psychosom. Res. 14 (1970): 313 - 320

18. CRISP, A. H.: Premorbid Factors in Adult Disorders of Weight, with Particular Reference to Primary Anorexia Nervosa
A Literatur Review
J. Psychosom. Res. 14 (1970a): 1 - 22

19. Ders.: Reported Birth Weight and Growth Rates in a Group of Patients with Primary Anorexia Nervosa
J. Psychosom. Res. 14 (1970b): 23 - 50

20. Ders. u. McGUINESS, J.: Jolly Fat: Relation Between Obesity and Neurosis in General Population
Brit. Med. J. 1 (1975): 7 - 9

21. DIEDENHOFEN, H.: Zur Psychologie der kindlichen Fettsucht
Med. Monatsschr. 7 (1953): 178 - 179

22. DÜHRSSEN, A.: Zum Problem der psychogenen Eßstörung
Psyche 4 (1950/51): 56 - 72

23. Dies.: Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
Göttingen (1974), 10. Auflage

24. DURIAN, R.: Psychogene Magersucht und Psychogene Fettsucht im Vergleich
Inaugural-Diss., FU Berlin (1983)

25. ELHARDT, S.: Tiefenpsychologie - Eine Einführung
Stuttgart (1976),5. Auflage

26. ERIKSON, E.: Kindheit und Gesellschaft
Stuttgart (1979), 7. Auflage

27. FELDMANN, H.: Zur Frage der psychodynamischen Faktoren bei der Pubertätsmagersucht
In: MEYER, J. E. u. H. FELDMANN: Anorexia nervosa
Stuttgart (1965): 103 - 108

28. Ders.: Zu den Entstehungsbedingungen der Anorexia nervosa
Praxis d. Psychother. 22 (1977): 271 - 277

29. FENICHEL, O.: Psychoanalytische Neurosenlehre, Bd. I
Olten u. Freiburg (1974)

30. FREUD, A.: Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung
Bern/Stuttgart (1971), 2. Auflage

31. FREUD, S.: Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie
Frankfurt (1972), Studienausgabe, Bd. V.

32. Ders.: Vorlesung zur Einführung in die Psychoanalyse
Frankfurt (1969), Studienausgabe, Bd. I.

33. FREYBERGER, H., STRUBE, K.: Psychosomatische Aspekte der Fettsucht
Psyche 16 (1962/63): 561 - 578

34. FREYBERGER, H.: Die Psychosomatik der Kranken mit Fettsucht
In: JORES, H.: Praktische Psychosomatik
Bern (1976): 268 - 276

35. Ders.: Anorexia nervosa, Adipositas
In: Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts, Psychosomatik Bd. 1
Weinheim u. Basel (1981) 420 - 426

36. FROMM, E.: Empirische Untersuchungen zum Gesellschaftscharakter
Gesamtausgabe Bd. 3
Stuttgart (1981)

37. GARFINKEL, P. E., MOLDOFSKY, H., GARNER, D. M., STANCER, H. D., COSCINA, D. V.: Body Awareness in Anorexia Nervosa: Disturbances in "Body Image" and "Satiety"
Psychosom. Med. 40 (1978): 487 - 498

38. GENSICKE, P.: Anorexia nervosa - ein familiales Sozialisationsdefizit?
Ztschr. f. Psychosom. Med. 25 (1979): 201 - 215

39. GOSSMANN, H. H., SENDLER-ERPELT, S.: Konstitution und Fettsucht bei Jugendlichen
Med. Klinik 46 (1976): 2007 - 2013

40. ISHIKAWA, K.: Über die Eltern von Anorexia-nervosa-Kranken
In: MEYER, J. E. u. H. F. FELDMANN: Anorexia nervosa
Stuttgart (1965): 154 - 155

41. JORES, A.: Die Psychosomatik der Kranken mit Pubertätsmagersucht
In: JORES, A.: Praktische Psychosomatik
Stuttgart (1976): 277 - 285

42. KAFKA, F.: Sämtliche Erzählungen
Frankfurt (1983)

43. KATZ, J. L., WEINER, H.: A Functional, Anterior Hypothalamic Defect in Primary Anorexia Nervosa?
Psychosom. Med. 37 (1975): 103 - 105

44. KATZ, J. L., BOYAR, R., HOFFMANN, H., HELLMANN, L., WEINER, H.:
Weight and Circadian Luteinizing Hormon Secretory Pattern in Anorexia Nervosa
Psychosom. Med. 40 (1978): 549 - 566

45. KAY, W. K., SCHAPIRA, K., BRANDON, S.:
Early Factors in Anorexia Nervosa Compared with Non-Anorexia-Group
J. of Psychosom. Res. 11 (1967): 133 - 139

46. KERNBICHLER, A., FREIWALD, M., BÖHME-BLOEM, C., AHRENS, S.:
Integrative Ansätze in der stationären Therapie der Anorexia nervosa
Praxis d. Psychother. u. Psychosom. 28 (1983): 223 - 231

47. KÖHLE, K., SIMONS, C.:
Anorexia nervosa
In: v. UEXKÜLL, T. (Hrsg.) Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin
München (1981), 2. Aufl.: 529 - 554

48. KÖHLER, A.:
Psychische Faktoren bei Gewichtsverschiebungen
Ein Beitrag zum Fettsuchtproblem
Ztschr. f. Psychosom. Med. 3(1957): 109 - 119

49. KRANTZ, D. S.:
A Naturalistic Study of Social Influences on Meal Size among Moderately Obese and Nonobese Subjects
Psychosom. Med. 41 (1979) 19 - 27

50. KRÜSKEMPER, G. M., TOROK, M., BERGER, M., ZIMMERMANN, H., KRÜSKEMPER, H. L.:
Psychologische Probleme bei Übergewichtigen
Med. Klinik 72(1977): 247 - 252

51. KUTTER, P.:
Die Dynamik psychosomatischer Erkrankungen - damals und heute
Psyche 38(1984): 544 - 562

52. LECKIE, E. V., WITHERS, R. F. J.:
Obesity and Depression
J. of Psychosom. Res. 11 (1967): 107 - 115

53. LISCH, R., KRIZ, J.:
Grundlagen und Modelle der Inhaltsanalyse
Reinbek (1978)

54. MAHLER, M. S., PINE, F., BERGMANN, H.: Die psychische Geburt des Menschen Frankfurt (1978)

55. MAHLER, M. S.: Symbiose und Individuation Stuttgart (1979), 2. Auflage

56. MARCH, H.: Untersuchungen zum hyperphagen Reaktionstypus Ztschr. f. Psychosom. Med. 15 (1969): 272 - 276

57. MASSING, A., BECKERS, W.: Zur Frage der Manifestationsbedingungen und Häufigkeitszunahme der Pubertätsmagersucht Ztschr. f. Psychosom. Med. 20 (1974): 53 - 59

58. McLEOD, S.: Hungern, meine einzige Waffe München (1983)

59. MEYER, J. E.: Das Syndrom der Anorexia nervosa Katamnestische Untersuchungen Arch. Psychiatr. Z. ges. Neurologie 202 (1961): 31 - 59

60. Ders. u. TUCHELT-GALLWITZ, A.: Psychiatrisch-neurologische Untersuchungen an weiblichen Fettsüchtigen Ztschr. f. Psychosom. Med. 13 (1967): 73 - 107

61. MINUCHIN, S., ROSMAN, B. L., BAKER, L.: Psychosomatische Krankheiten in der Familie Stuttgart (1981)

62. MITSCHERLICH, A.: Krankheit als Konflikt Studien zur Psychosomatischen Medizin I Frankfurt (1969), 4. Auflage

63. OVERBECK, A.: Zur Wechselwirkung intrapsychischer und interpersoneller Prozesse in der Anorexia nervosa. Beobachtungen und Interpretationen aus der Therapie einer Magersuchtfamilie Ztschr. f. Psychosom. Med. 15 (1969): 216 - 239

64. PEPER-LITTERSCHEID, B.: Hyperorexia nervosa Inaugural-Dissertation FU Berlin (1981)

65. PETZOLD, E.: Familienkonfrontationstherapie bei Anorexia nervosa
Göttingen (1979)

66. Ders. u. REINDELL, A.: Adipositas
In: PETZOLD, E. u. A. REINDELL: Klinische Psychosomatik
Heidelberg (1980): 119 - 129

67. PFLANZ, M.: Medizinisch-soziologische Aspekte der Fettsucht
Psyche 16 (1962/63): 579 - 591

68. PORTMANN, A.: Biologische Fragmente zu einer Lehre vom Menschen
Basel (1951)

69. PUDEL, V.: Zur Psychogenese und Therapie der Adipositas
Berlin (1978)

70. Ders., METZDORF, M., OETTING, M.: Zur Persönlichkeit Adipöser in psychologischen Tests unter Berücksichtigung latent Fettsüchtiger
Ztschr. f. Psychosom. Med. 21 (1975): 345 - 361

71. v. RAD, M.: Überlegungen zur psychoanalytischen Therapie der Anorexia nervosa
Praxis d. Psychother. u. Psychosom. 24 (1979): 195 - 201

72. RENGGLI, F.: Angst und Geborgenheit: Soziokulturelle Folgen der Mutter-Kind-Beziehung im ersten Lebensjahr
Hamburg (1976)

73. RICHTER, H. E.: Die dialogische Funktion der Magersucht
In: MEYER, J. E. u. H. FELDMANN Anorexia nervosa
Stuttgart (1965): 108 - 112

74. RIEMANN, F.: Grundformen der Angst
München (1978), 13. Auflage

75. Ders.: Über den Vorteil des Konzeptes einer präoralen Phase
Ztschr. f. Psychosom. Med. 16 (1970): 27 - 40

76. ROSSIER, P. H.: Die Fettsucht als psychosomatisches Geschehen
Psyche 3 (1949): 18 - 25

77. SANDLER, I., DARE, C.: Der psychoanalytische Begriff der Oralität
Psyche 27 (1973): 770 - 787

78. SCHÜTZE, G.: Anorexia nervosa
Bern (1980)

79. SCHULTZ-HENCKE, H.: Der gehemmte Mensch
Stuttgart (1978), 7. Auflage

80. Ders.: Lehrbuch der analytischen Psychotherapie
Stuttgart (1970), 2. Auflage

81. SCHWIDDER, W.: Neopsychoanalyse (SCHULTZ-HENCKE, H.)
In: FRANKL, V.,E., v. GEBSATTEL, V. E., SCHULTZ, I. H. (Hrsg.)
Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie, Bd. 3
Berlin, München (1959): 171 - 220

82. SELVINI PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCIN, G., PRATA, G.: Die erste Sitzung einer systemischen Familientherapie
Familiendynamik 3 (1977): 197 - 207

83. SELVINI PALAZZOLI, M.: Interpretation of Mental Anorexia
In: MEYER, J. E. u. H. FELDMANN: Anorexia nervosa
Stuttgart (1965)

84. Dies.: Magersucht
Stuttgart (1982)

85. SLADE, P. D., RUSSEL, G. F. M.: Experimental Investigations of Bodily Perception in Anorexia Nervosa and Obesity
J. of Psychother. and Psychosom. 22 (1973): 359 - 363

86. SPERLING, E.: Die "Magersuchtfamilie" und ihre Behandlung
In: MEYER, J. E. u. H. FELDMANN Anorexia nervosa
Stuttgart (1965): 156 - 160

87. Ders. u. MASSING, H.: Besonderheiten in der Behandlung der Magersuchtfamilie Psyche 23 (1972): 358 - 369

88. SPITZ, R.: Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen Stuttgart (1973), 3. Auflage

89. Ders.: Vom Säugling zum Kleinkind Stuttgart (1976), 5. Auflage

90. STAUDER, K. H.: Studien zur Psychologie und Psychotherapie der Fettsüchtigen Psyche 12 (1959): 641 - 686

91. STEELE, R. L.: Anorexia Nervosa: A Case Study J. Psychother. Psychosom. 27 (1976/77): 47 - 53

92. STEINHAUSEN, H. C.: Die Verhaltenstherapie und Familientherapie der Anorexia nervosa - Eine kritische Bestandsaufnahme In: STEINHAUSEN, H. C.: Psychosomatische Störungen und Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen Stuttgart (1981): 193 - 212

93. STIEMERLING; D.: Die früheste Kindheitserinnerung des neurotischen Menschen Ztschr. f. Psychosom. Med. 20 (1974): 337 - 362

94. STIERLIN, H.: Von der Psychoanalyse zur Familientherapie Stuttgart (1975)

95. STOLLREITER-BUTZON, L.: Fettsucht als psychosomatische Symptombildung Psyche 4 (1950/51): 335 - 351

96. STUDT, H. H.: Zur Ätiopathogenese der Angstneurose und Phobie In: RÜGER, V.: Neurotische und reale Angst Göttingen (1984): 124 - 135

97. STUNKARD, A. J.: From Explanation to Action in Psychosomatic Medicine: The Case of Obesity Psychosom. Med. 37 (1975): 195 - 234

98. Ders.: Fettsucht
In: v. UEXKÜLL, T. (Hrsg.)
Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin
München (1981), 2. Auflage:
511 - 527

99. SUCHANEK-FRÖHLICH, H.: Psycho-somatische Aspekte zur Genese der Fettsucht
Zur Psychodynamik der Fettsucht,
1. Mitteilung
Ztschr. f. Psychosom. Med. 3 (1957):
190 - 194

100. Ders.: Zur Psychosomatik der Fettsucht
2. Mitteilung
Ztschr. f. Psychosom. Med. 3 (1957):
286 - 290

101. THOMÄ, H.: Entwicklung und Prägung
In: Handbuch der Psychologie, Bd. 3:
Entwicklungspsychologie
Göttingen (1959): 278 - 280

102. Ders.: Anorexia nervosa
Bern, Stuttgart (1961)

103. Ders.: Psychosomatische Aspekte
der Magersucht
Psyche 16 (1962/63): 600 - 614

104. Ders.: Zur Psychoanalyse der
Anorexia nervosa
In: Schriften zur Praxis der Psycho-
analyse: Vom spiegelnden zum aktiven
Psychoanalytiker
Frankfurt (1981): 253 - 267

105. THORNER, H. A.: On Compulsive Eating
J. of Psychosom. Res. 14 (1970):
321 - 325

106. TIEMANN, R.: Zur Methode der Inhaltsanalyse
In: KINDLERS Psychologie des 20.
Jahrhunderts, Sozialpsychologie Bd. 1
Weinheim, Basel (1984): 148 - 153

107. TOELLER, M. F.,
GRIES, F. A.: Adipositas - Diätprinzipien und
Kriterien ihrer Effizienz
Aktuelle Ernährungsmedizin (1981):
175 - 214

109. v. UEXKÜLL, T.,
WESIACK, W.: Psychosomatische Medizin und das
Problem einer Theorie der Heilkunde
In: Lehrbuch der Psychosomatischen
Medizin
München (1981), 2. Auflage: 7 - 20

110. VIEBAHN, H.: Zur Psychodynamik und Therapie der Hyperorexia nervosa
Ztschr. f. Psychother. und Med. Psychol. 26 (1976): 93 - 101

111. VÖLKEL, H.: Grundlagen der Neurosenlehre
Vervielfältigtes Vorlesungsmanuskript (1977)

112. VOGT, R.: Wissenschaftstheoretische Leitlinien in ihrer Bedeutung für die Psychosomatische Medizin
In: KINDLERS Psychologie des 20. Jahrhunderts
Psychosomatik Bd. 1
Weinheim, Basel (1981): 3 - 23

113. WALSH, B. T., KATZ, J. L., KREAM, J., FUKUSHIMA, D., HELLMANN, L. D., WEINER, H., ZUMOFF, B.: Adrenal Activity in Anorexia Nervosa
Psychosom. Med. 40 (1978): 499 - 506

114. WESIACK, W.: Die psychosomatischen Aspekte der Fettsucht
In: WESIACK, W.: Psychoanalyse und praktische Medizin
Stuttgart (1980): 286 - 287

115. WHIPPLE, S., MANNING; D. E.: Commitment to alMultifaceted Treatment Program
Psychother. Psychosom. 30 (1978): 161 - 169

116. ZIOLKO, H. U.: Hyperphagie und Anorexie
Nervenarzt 37 (1966): 400 - 406

117. Ders.: Hyperorexia nervosa
Ztschr. f. Psychother. u. Med. Psychol. 26 (1975): 10 - 12

118. Ders.: Hyperphage Eßstörungen
Münch. Med. Wochenschr. 124 (1982): 685 - 688

16. FRAGEBOGEN ZUM THEMA FETTSUCHT - MAGERSUCHT

Chiffrenummer:
Geburtsdatum:
Datum der Vorstellung:
Alter bei Vorstellung:
Gewichtsangabe des Patienten:

Strukturdiagnose:

Persönliche und soziale Daten

Geschlecht
männlich
weiblich

Familienstand
ledig
verheiratet
geschieden
verwitwet
getrennt lebend
mit Partner zusammenlebend

Alter bei Heirat
... Jahre
trifft nicht zu

Anzahl der Kinder
... Jahre
trifft nicht zu

Alter b. Geburt d. 1. Kindes
::: Jahre
trifft nicht zu

Wohnform
allein lebend
mit Partner
und/mit Kindern
und/mit Vater
und/mit Mutter
und/mit Geschwistern
und/mit Großeltern
und/mit Schwiegereltern
nicht erhoben

Art der Wohnung
Eigentum
zur Miete
Wohnheim
Sonstige
nicht erhoben

Wohnverhältnisse
ausreichend
gut
schlecht
nicht feststellbar

Schulbildung
noch Schüler
Sonderschule
Volksschule ohne Abschluß
Volksschule mit Abschluß
Mittlere Reife
Abitur
nicht erhoben

Berufsausbildung
noch in der Ausbildung
keine Berufsausb. begonnen
in der Lehre
Lehre abgeschlossen
angelernt
Fachhochschule
Hochschule
nicht erhoben

Berufliche Stellung
in Ausbildung (Lehre, Studium)
nicht berufstätig
arbeitslos
in unselbst. Stellg. -Bezeichng:
selbständig od. freischaffd.: "
nicht erhoben

Wirtschaftliche Verhältnisse
kein eigenes Einkommen
geringes Einkommen
mittleres Einkommen
hohes Einkommen
nicht erhoben od. nicht feststellbar

Genese

Störungen während Schwangerschaft und Geburt
ja
welche?

Geburt
normale Geburt
Frühgeburt
Spätgeburt
Sectio
Mehrlingsgeburt
Sonstiges
nicht erhoben bzw. nicht bek.

Geburtsstatus
vorehelich
un-, außerehelich
ehelich
nicht erhoben

als Kind/Geschlecht erwünscht
ja
nein
nicht erhoben

Stillen
ja
nein
keine Angaben

Frühkindliche Entwicklung
Ernährungsstörungen
Infektionen
Sprachstörungen
Verzögerung d. mot. Entwicklg.
Krankenhaus- od. Heimaufenthalte 1. - 6. Lebensjahr
Sonstiges

Stellung in d. Geschw.-Reihe
Rang
Einzelkind

Anzahl der Geschwister
...

Altersabstand zum nächstjüng. Geschwister
1,6 J. und darunter
1,7 bis 5 Jahre
über 5 Jahre
nicht erhoben
nicht zutreffend (keine jüng. Geschwister)

Altersabstand zum nächstält.G.
1,6 Jahre und darunter
1,7 bis 5 Jahre
über 5 Jahre
nicht erhoben
nicht zutreffend (keine ält. Geschwister)

Anzahl von Halb- und Stiefgeschwistern
...

Soziale Herkunft der Primärfamilie
Unterschicht (Arbeiter)
Mittelschicht (unt. u. mittl. A. u. Bea., kleine und mittl. Gewerbetreib.)
Oberschicht (höh. Ang. u. Beamte, größ. Gewerbetreib., freie u.and. Berufe)

Lebens- u. soziale Situation der Eltern bei der Geburt
...
...

Alter der Mutter bei der Geburt
...

Alter des Vaters bei der Geburt
...

Verfügbarkeit der Mutter i. d. ersten 12 Lj.
nicht berufstätig
ständig od. überw. berufst.
im eig. Betrieb mithelf.
teilzeitbeschäftigt
Sonstiges

Andere Beziehungspersonen i.d. frühen Kindheit
vom ... bis ... Lj.
Art d. Beziehungsperson
in der Wohngemeinschaft
außerhalb "
aber mit großem Einfluß

Charakteristik als Kind
...
...

Früheste Kindheitserinnerung
...
...

Erkrankung der Eltern i. d. ersten 15 Lebensjahren
Mutter
Vater
Alter des Kindes
nicht erhoben

Todesfälle i. d. Familie i. d. ersten 15 Lebensjahren
Eltern
Geschwister
sonst. wicht. Beziehungspers.
nicht erhoben

Scheidung oder Trennung der Eltern
ja, wann
nein
keine Angaben

Charakteristik der Eltern
Mutter
...
Vater
...

Mutter-Kind-Beziehung
...
...

Vater-Kind-Beziehung
...
...

Verhältnis zu Geschwistern
...
...

Verhältnis der Ehepartner zueinander
...
...

Einschulung
termingerecht
vorzeitig
verspätet - Gründe:
keine Angaben

Aufklärung
nein
ja
wenn ja, durch wen?
in welchem Lebensjahr?

Alter bei Menarche
... Lebensjahr
keine Angaben

Atmosphäre im Elternhaus
...
...

Erziehungsprinzipien
des Vaters
...
der Mutter
...

Alter bei erstem erot.-sex. Interesse
... Lebensjahr
keine Angaben

Alter bei 1. Geschlechtsverkehr
... Lebensjahr
keine Angaben

LEBENSLAUF

Am 6. März 1948 wurde ich in Pfarrkirchen/Ndb. geboren. Von 1954 bis 1958 besuchte ich die Volksschule in Mühlheim/Main, von 1958 bis 1964 die Realschule am gleichen Ort. 1964 bis 1966 absolvierte ich eine Gärtnerlehre und arbeitete anschließend ein Jahr lang in diesem Beruf. Von 1967 bis 1969 besuchte ich das Hessenkolleg in Frankfurt/Main, um die Hochschulreife zu erlangen.

1969 begann ich das Studium der Humanmedizin an der Freien Universität Berlin, das ich 1975 mit dem Staatsexamen abschloß. Nach der Medizinalassistentenzeit erhielt ich 1977 die Approbation. Anschließend begann ich meine Weiterbildung zum Arzt für Neurologie und Psychiatrie, die ich 1983 mit der Facharztanerkennung abschloß. Anschließend war ich als Stationsarzt in der Neurologisch-Psychiatrischen Abteilung des Auguste-Viktoria-Krankenhauses beschäftigt. Zur Zeit arbeite ich im Funktionsbereich Psychosomatische Medizin und Psychotherapie im Rudolf-Virchow-Krankenhaus.
Seit 1978 befinde ich mich in psychoanalytischer Weiterbildung.

Herbert Menzel